МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

ЧЕТВЕРТЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

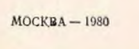
Тезисы докладов

9—11 сентября 1980 г., г. Уфа

Том 2

АЛКОГОЛИЗМ

ЭПИЛЕПСИЯ


МОСКВА — 1980

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ ЭТАНОЛОМ

Л. К. Буренкова, Р. М. Слепицина, Л. В. Михайлова (Пермь)

Известны разные гипотезы патогенеза алкоголизма. Одна из них об иммунном механизме привыканаия к спирту была высказана еще в 1899 году Броком, Спелье, Тридо, но не получила тогда экспериментального подтверждения. В последние годы снова стали появляться работы о сенсибилизирующем действии этанола на организм.

Задача нашего исследования заключалась в изучении возможности аллергизации организма больных алкоголизмом к этанолу. Содержание реагинов к этиловому спирту исследовали в реакции дегрануляции тучных клеток, непрямой реакции дегрануляции базофилов по Шелли, методами лейколизиса и пассивной анафилаксии. Всего были обследованы 102 больных алкоголизмом во 2 стадии и 21 донор станции переливания крови.

Установлено, что сыворотки больных алкоголизмом в присутствии этанола вызывают дегрануляцию базофилов и тучных клеток интенсивнее, чем сыворотки здоровых лиц (соответственно $37,2 \pm 0,42\%$ и $20,38 \pm 2,24\%$, $p < 0,001$). *Идентичные* результаты получены при постановке лейколизиса. Дегранулирующий эффект сывороток больных в отношении тучных клеток увеличивался в процессе лечения такими препаратами, как тетурам, фуразолидон, метронидазол. После обработки сывороток этими препаратами дегрануляция тучных клеток этанолом снижалась.

В реакции пассивной анафилаксии сыворотку больного вводили в мозг белым крысам. Реакция на спирт появлялась через 3 суток и развивалась в течение первых 10 минут после его введения, иногда на конце иглы и продолжалась, обычно, в течение 30 минут. Наиболее типичными признаками были общий тремор, тоникоклонические судороги, адинамия, кратковременная потеря сознания, иногда смерть. Из 24 белых крыс у 80% развилась анафилаксия, причем 3 крысы погибли и только у 5 самочувствие не изменилось. В контрольных опытах из 17 крыс, которым вводили сыворотку от здоровых лиц и нормальных крыс, только у одной развилась слабоположительная реакция. Анафилактическая природа феномена, наблюдаемого в том случае, когда употребляли сыворотку больного алкоголизмом, подтверждается следующими обстоятельствами: введение только сыворотки или только спирта не

меняло самочувствия животных. Реакция появлялась не раньше, чем через 2—3 дня после введения сыворотки. Если крысам, у которых *наблюдалась анафилактическая* реакция, на другой день снова ввести спирт, то животные чувствовали себя нормально, т. е. развилась десенсибилизация.

С помощью внутрикожной пробы на алкоголь сенсибилизация организма к спирту у больных алкоголизмом, не начавших курс лечения, не обнаружена. В то же время у 75 человек, которых лечили сенсибилизирующими препаратами, выявлена общая вегето-сосудистая реакция, которая снималась антигистаминными препаратами и отсутствовала при повторной постановке пробы.

Таким образом, в патогенезе алкоголизма имеет место сенсибилизация *организма к этиловому спирту, которую можно* обнаружить рядом иммунологических тестов in vitro. Спирт, по-видимому, играет роль гаптена, способного соединяться с белками тканей. В процессе лечения тетурамом, фуразолидоном, метронидазолом сенсибилизация организма к спирту повышается, что находит выражение в большей интенсивности реакций in vitro и на внутрикожное введение спирта. Очевидно, перечисленные препараты, имея общие антигенные детерминанты с этиловым спиртом, вызывают в организме появление антител, которые могут перекрестно реагировать с этанолом.

ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Н. Е. Буторина, Н. Г. Мовчан, В. С. Казаков, А. С. Кондрашина (Челябинск)

Данные настоящего сообщения основаны на результатах многостороннего обследования подростков, употребляющих спиртные напитки. Изучено 600 человек в возрасте 12—18 лет.

В результате исследования определены факторы, способствующие ранней алкоголизации, которые рассматриваются в нескольких аспектах: социальном, психологическом, клинико-биологическом, производственном. Анализ клинико-биологических показателей в сравнительно-возрастном аспекте свидетельствует, что становление ранних признаков алкоголизма у подростков происходит в довольно короткий период ($3,8 \pm 1,9$ года), а их клинические проявления имеют свои особенности и существенно отличаются от таковых у взрослых. Так, психологическая зависимость является постоянным и самостоятель-

ным начальным признаком, который часто недооценивается, так как нередко маскируется особенностями внешней среды: неблагоприятной семейной обстановкой, алкогольными традициями, патологическими реакциями детского возраста. Частое употребление алкоголя подростками мотивируется различно, но, как представляется, именно в этом и следует усматривать своеобразие психической зависимости. Мотивация тесно взаимосвязана с характером первоначального фармакологического воздействия алкоголя и может выглядеть как реакция имитации («стремление вести себя по-взрослому», «почувствовать себя взрослым»), как навязчивый страх оказаться несостоятельным в среде сверстников («боязнь быть не как все») или как стремление облегчить контакты. У большинства же подростков психическая зависимость связана с истинным поиском эйфории и объясняется желанием «повеселиться».

Психологические мотивы обуславливают психологическую зависимость, лежат в основе формирования неодолимого патологического влечения к алкоголю и могут рассматриваться как один из ранних признаков алкогольной патологии у подростков.

Не менее выражен в клинической картине и другой признак алкоголизма — измененная толерантность. Однако толерантность у подростков определяется не только дозой алкоголя. Есть все основания к изменениям толерантности при раннем алкоголизме отнести и смену употребляемого вина на коктейли или на крепкие спиртные напитки и рассматривать эту смену как один из ранних признаков алкоголизма у подростков. Установлено, что при знакомстве с алкоголем подростки пьют как крепкие, так и легкие виноградные вина, но в дальнейшем большинство из них отдают предпочтение сладким и полусладким спиртным напиткам. Со временем прослеживается стремление употребляемый алкогольный напиток сменить либо на более крепкий (водку, самогон, суррогаты), либо на коктейли (когда смешивались вина различной крепости) без существенного увеличения дозы. У подростков, употребляющих крепкие спиртные напитки, за этот же период наблюдается постепенное увеличение дозы алкоголя.

К первоначальным признакам может быть отнесена и трансформация эйфорической формы опьянения в дисфорическую. Такая смена синдрома у подростков возникала в среднем спустя 1,5—2 года после начала злоупотребления алкоголем.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что первоначальные проявления подросткового алкоголизма

имеют свои особенности и существенно отличаются от таковых у взрослых. Дальнейшие исследования в этом направлении дадут возможность более эффективно разрабатывать профилактику и терапию подросткового алкоголизма в его ранних проявлениях.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЗОТИСТОГО МЕТАБОЛИЗМА СПИННОГО И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ

Я. И. Векслер, А. А. Ибрагимова, К. М. Магомедова (Махачкала)

Механизм расстройств функциональной деятельности ц.н.с. при отравлении алкоголем остается все еще невыясненным. Это относится и к азотистому метаболизму центральной нервной системы в условиях алкогольной интоксикации. Имеющиеся в литературе сведения в этом отношении скудны и противоречивы и касаются лишь головного мозга; спинной мозг остался вне поля вниманиая исследователей. В то же время работами ряда авторов показано, что метаболическая реакция спинного мозга на различные воздействия отличается рядом специфических черт, своеобразием течения и замедленной нормализацией в восстановительном периоде. В связи с этим мы провели сравнительное изучение особенностей азотистого обмена головного и спинного мозга на разных стадиях острой и хронической алкогольной интоксикации, с учетом взаимоотношений, которые характерны для этих отделов центральной нервной системы в условиях отравления алкоголем. Предметом исследования явилась система освобождения и связывания аммиака, занимающая одно из центральный мест в регуляции и интеграции азотистого метаболизма нервной ткани и во многом определяющая ее функциональное состояние.

Опыты поставлены на 250 половозрелых белых крысах — самцах. Острое алкогольное отравление вызывали пероральным введением животным 1 мл 96° этилового спирта на 1 кг веса тела; хроническое — ежедневным введением той же дозы этанола в течение 30 дней.

Исследования показали, что острое алкогольное отравление приводит к бурному накоплению свободного аммиака в мозговой ткани, достигающему максимума спустя 1 час после введения алкоголя. В спинном мозгу этот процесс протекает

органов и систем, и в первую очередь высших отделов центральной нервной системы.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ РИСУНКОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Я. Л. Виккер, В. П. Гиндин (Омск)

В монографиях и других публикациях нередко приводятся рисунки больных алкоголизмом. Большей частью это относится к рисункам больных, перенесших алкогольный делирий.

Нами сделана попытка изучить рисунки больных хроническим алкоголизмом. Для этого мы использовали методику Гудено-Гарриса для определения умственного уровня детей. Исследуемому предлагают нарисовать человека. Для контроля служат рисунки нормальных детей в возрасте от 3 до 13 лет. При сопоставлении этих рисунков можно с большой достоверностью подтвердить отсталость умственного развития ребенка.

В виде контроля исследовались рисунки 27 студентов. Из них 24 представили вполне полноценные рисунки и только один представил рисунок, соответствующий по шкале Гудено-Гарриса ребенку 5—6 лет.

Из числа обследованных таким же методом 42 больных хроническим алкоголизмом только 4 представили полноценные рисунки, 3 представили рисунки, соответствовавшие уровню детей в возрасте 11—13 лет, 22 — 10 лет, 2 — 9 лет, 1 — 5—6-летнему ребенку. Таким образом, 90,4% больных хроническим алкоголизмом представили неполноценные рисунки, что является вполне достоверным. Из приводимых ниже примеров видно, что чем тяжелее протекает алкоголизм, и чем длительнее злоупотребление алкоголем, тем хуже качество рисунка. Так, больной К. В., 44 лет поступил в наркологическое отделение психиатрической больницы повторно. Окончил транспортный техникум. Рисованию учился только в младших классах школы. Его рисунок человека таков: голова в форме круга сидит на овале туловища без шеи, руки, ноги, волосы на голове нарисованы в виде полосок и палочек. По схеме Гудено-Гарриса такой рисунок соответствует рисунку ребенка 5—6 лет.

Другой больной, Ф. О., 42 лет, поступил в больницу первично. Окончил политехнический институт. Рисованию учился только в первых классах школы. Изобразил человека, играющего в теннис. Одежда, поза с теннисной ракеткой в руке дает полное представление об игроке, отбивающем теннисный мяч. Качество рисунка выходит далеко за рамки шкалы детских рисунков.

Течение заболевания у первого больного значительно тяжелее и длительность злоупотребления алкоголем значительно больше.

Изучение рисунков больных алкоголизмом дает основание судить о снижении уровня личности больных. Конечно, методика Гудено-Гарриса является только одной из экспресс-методик, позволяющих ориентировочно оценивать степень снижения интеллекта больных алкоголизмом.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ПОДРОСТКАМИ

Л. Я. Висневская, Е. А. Данилова (Москва)

Материалом исследования явились 60 случаев злоупотребления алкоголем мальчиками старшего школьного возраста, поступивших в психиатрическое отделение по поводу психопатоподобных нарушений поведения.

Как на основную особенность диагностики начальных проявлений привыкания к алкоголю нужно указать на особое значение, которое приобретает анализ изменений личности больного и его психической деятельности в целом. Такое направление диагностического анализа вытекает из основной возрастной особенности этого заболевания у подростков, а именно — очень раннего наступления психических изменений, в отличие от взрослых, где психические изменения являются показателем многолетнего алкоголизма. Обострение преморбидных характерологических особенностей и появление особого личностного радикала, основой которого является некритичность и нарушение аффективно-волевой характеристики личности с особой эмоциональной нестабильностью и отвращением к труду, являются весьма важным диагностическим критерием формирования у подростка болезненного влечения к алкоголю.

У подростков в силу ряда обстоятельств, в частности, подражательного характера поведения, ложного понимания признаков «мужественности», меньшей самостоятельности и большей зависимости от внешних обстоятельств, в частности, наличия средств на приобретение спиртных напитков, трудно проследить динамику изменений количества, форм и частоты потребления алкоголя. Поэтому особое диагностическое значение приобретает потеря ситуационного контроля, когда, например, подросток появляется пьяным дома, в школе и т. п.

Необходимо также учесть особенности формирования влечения к алкоголю в подростковом возрасте. Не говоря уже о гораздо больших трудностях самоанализа и самоотчета, которые наблюдаются и у взрослых, в связи с чем особое значение получают косвенные признаки наличия влечения (реакция на беседу о спиртном, активность в его добывании и др.), более короткие сроки формирования влечения и более глубокий уровень поражения в этом возрасте обуславливают быстрое формирование компульсивности.

Такие отмечающиеся у взрослых симптомы, как переход к одиночному пьянству, соматические и неврологические признаки алкогольной интоксикации — в подростковом возрасте почти не наблюдаются и не имеют, соответственно, диагностического значения.

Некоторые проявления измененной реактивности (исчезновение защитного рвотного рефлекса, толерантность), могут иметь определенное диагностическое значение, но опять-таки с учетом возрастных особенностей (уже упомянутое употребление больших доз алкоголя и коматозные формы опьянения с самого начала).

Таким образом, изучение начальных форм привыкания к алкоголю у подростков показывает еще на одном примере, сколь мощным фактором в формировании клинической картины болезни является возрастной фактор, без учета которого не может быть построена правильная диагностика.

МАТЕРИАЛЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ПОДХОДУ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛИЗМА

В. И. Волков, Е. Д. Красик, В. Б. Миневич, Б. С. Положий, Ю. И. Прядухин, Л. Я. Шеметова (Томск)

Эффективность борьбы с алкоголизмом прямо коррелирует с ранним выявлением и реабилитацией больных алкогольной болезнью. Общеизвестно, что в психиатрические и наркологические учреждения больные алкоголизмом обращаются при выраженном заболевании и большой давности его. Например, эпидемиологические исследования, проведенные на больших территориях, показали, что 80% больных обращаются к наркологам при давности заболевания более 3 лет. У 40% из них давность выраженного абстинентного синдрома превышала 1 год.

Таким образом, одна из существенных задач, стоящих не только перед наркологами, но и общественностью — возможно раннее выявление больных.

Несмотря на то, что хронический алкоолизм — детерминирован биологическими нарушениями, он проявляется в социальном плане. Привлечение больного к лечению происходит тогда, когда он «социализирует» страдание. Эта «социализация» (естественно, подразумевается девнирующее поведение в обществе) может проявляться на трех уровнях (по восходящей): семья — иная микросреда — макросреда. При алкоголизме «на семейном уровне» абсолютное большинство больных находится вне поля зрения компетентных специалистов, при II-ом уровне некоторая часть из них находится на диспансерном учете, при III-ем уровне больные настолько десоциализируются, что многие из них проходят специальное лечение (добровольно или принудительно).

Если принять исходную гипотезу о том, что чем выраженнее болезнь, тем более «социализированы» проявления алкоголизма, то можно предположить следующее. Единичные факты антисоциального поведения в пьяном виде могут быть в известной степени случайностью для данного лица и не обязательно свидетельствуют о заболевании алкоголизмом. С другой стороны, даже единичные факты нарушения общественного порядка в пьяном виде характерны в большей степени для злостных пьяниц (или «потенциальных» алкоголиков). Чем большее количество фактов отклоняющегося поведения мы видим у человека, с тем большей степенью вероятности мы можем предположить (но не констатировать) у него алкоголизм.

В работе по ранней социально-психологической реабилитации больных алкоголизмом следует выделить ряд этапов.

I этап. Более раннее и своевременное выявление лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем, либо систематически употребляющих спиртные напитки. Необходимо активно выявлять таких лиц и брать на учет. Следует проводить тщательное психологическое изучение их личности: основных целей и мотивов их жизни, ценностных ориентаций, уровня притязаний и самооценки. Необходимо выяснить мировосприятие и мироощущение, наклонности и интересы, потребности и представления, желания и обязанности, а также особенности характера. У больного и близких родственников, друзей и товарищей следует подробно выяснить вопросы, связанные с употреблением алкоголя, отношением к трудовой деятельности, к семье, к коллективу; поведение в компании, отношение к окружающим, оценка правонарушений и т. п. С целью изучения особенностей личности и степени психических нарушений целесообразно использование анкетных приемов, а также патопсихологических методик. Этот исследовательский этап работы должен проводиться скрупулезно и своевременно; он должен дать представление о структуре личности, мотивах и причинах, приводящих к выпивке, степени нарушенных и сохранных психических качеств и роли ближайшего окружения.

2 этап. Должен быть проведен тщательный клинический и психологический анализ всех данных, полученных при комплексном обследовании (соматическом, неврологическом, психопатологическом и психологическом) с тем, чтобы наметить наиболее адекватные и эффективные пути медицинской и социально-психологической реабилитации больного. Здесь необходимо выяснить, что в личности больного осталось здоровым, неизменным, какова степень функциональных нарушений, и на основе сохранных качеств личности строить психокоррекционную работу. Это — этап разработки стратегии и тактики лечебно-психологического воздействия, в основу которого должен быть положен социально-дифференцированный подход.

3 этап. Медико-психологические мероприятия следует проводить всеми возможными и имеющимися средствами с целью либо «вписать» больного в здоровую микросреду, либо создать у него уверенность в возможности избавиться от болезни собственными силами. Это наиболее трудоемкий и ответственный этап во всей реабилитационной работе. Необходимо провести мероприятия по перевоспитанию, «переформированию» личности алкоголика, нужно использовать все способы и приемы по изменению характера, воспитанию здоровых навыков и побуждений, привитию гуманных и высоких идеалов, формированию правильного мировоззрения. Следует предпринимать

усилия для замены бывшего «алкогольного» окружения здоровым микроколлективом. В этой работе хороши все средства: рассказ, разъяснение, показ, убеждение, внушение, обещание с подкреплением и даже угрозы с мерами принуждения. Врачу-наркологу, психотерапевту, психологу (там, где он имеется) необходимо применить весь арсенал существующих методов и приемов воспитательного и административного характера, приемлемых для нашего общества. Например, перевод интересов, влечения, действий на новый объект, не связанный с алкоголем, с ритуалом выпивки: коллекционирование, собирательство, туризм, живопись, различные ремесла и т. д. В прошлом хороший эффект «увода от алкоголя» показали «общество трезвости», занятия в специальных клубах и т. д. На этом этапе вся система психокоррекционного воздействия (внушение в гипнозе, групповая, рациональная и другие виды психотерапии) должна быть построена качественно, конкретно, в сочетании с другими методами психологического перевоспитания личности с тем, чтобы все приемы, способы и методы воспитательного мировоззренческого характера были направлены на социальнотрудовую интеграцию этих больных в нашем обществе.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин, Т. П. Небаракова (Москва)

Как показали проведенные исследования, клинические особенности патологического влечения к спиртным напиткам при хроническом алкоголизме заметно варьируют, причем наиболее выражены различия на ранних этапах течения заболевания. У одних больных преобладала утрата контроля за количеством употребляемых спиртных напитков, у других—первичное патологическое влечение к алкоголю, возникающее перед алкогольными эксцессами. Кроме того, актуализация патологического влечения к алкоголю происходила под влиянием различных социально-психологических факторов. Для одних больных более важными были типичные ситуации, предрасполагающие к употреблению алкоголя, для других — психогенные воздействия. На отдаленных этапах течения алкоголизма эти различия в той или иной степени нивелировались.

Обнаруженные различия наиболее заметно проявлялись при сравнении больных с теми или иными преморбидными личностными особенностями. В данном сообщении приводятся данные о трех группах больных алкоголизмом: с астеническими, истерическими и синтонными личностными особенностями.

У больных с преморбидными личностными особенностями астенического круга наиболее ранним признаком формирования алкоголизма было появление первичного влечения к алкоголю. Больные начинали эпизодически ощущать отчетливое желание выпить. В состоянии легкого опьянения они чувствовали особое успокоение, отвлечение от забот, ощущение легкости, раскованности, облегчения контактов с окружающими. Для многих больных привычным становился мотив прибегать к алкоголю в тех случаях, когда возникали какие-либо служебные или семейные неурядицы, либо просто «накапливалось» ощущение внутреннего напряжения, моральной усталости. В силу таких особенностей некоторые больные уже на ранних этапах течения алкоголизма отказывались от партнеров по выпивкам и употребляли спиртные напитки в одиночестве. Возникновение эпизодов актуализации патологического влечения к алкоголю нередко сопровождалось определенными изменениями аффективной среды и поведения. Появлялась легкая «взбудораженность» с изменчивостью настроения, непоседливостью, воспоминаниями о прежних случаях выпивок.

Постепенно эпизоды актуализации патологического влечения к алкоголю все более учащались. Несмотря на это, длительное время не возникала утрата количественного контроля. Эти пациенты на ранних этапах течения алкоголизма ограничивались употреблением умеренного количества алкоголя. Случаи выраженного опьянения либо отсутствовали, либо были редкими. Критическое отношение больных к факту появления у них патологического влечения («тяги») к спиртным напиткам, как правило, сохранялось. Возникновение и учащение «тяги» в той или иной степени осознавалось как нездоровое, безусловно отрицательное явление, поэтому характерной была борьба мотивов. Больные то принимали решение воздержаться от выпивки, то, при усилении интенсивности патологического влечения к алкоголю, уступали желанию выпить. Тем не менее с прогрессированием заболевания, переходом его во вторую стадию, выпивки учащались и становились ежедневными. Росла толерантность к алкоголю. Лишь в последующем появлялись и учащались случаи утраты количественного контроля.

Иные закономерности формирования патологического влечения к алкоголю обнаруживались у лиц с истерическими характерологическими проявлениями. О формировании алкоголизма свидетельствовали учащавшиеся случаи утраты контроля за количеством употребляемых напитков. В состоянии опьянения наиболее резко проявлялись истерические формы поведения. Больные были демонстративны, склонны к бахвальству, лживы, возбудимы, а иногда, уже на ранних этапах течения алкоголизма, возникали грубые истерические реакции.

Утрата количественного контроля сопровождалась демонстрацией «выносливости» в употреблении спиртных напитков, изобретательностью при поисках возможности «добавить». При этом больные могли демонстративно пренебрегать социально-этическими моментами, обычно служащими препятствиями для продолжения выпивки, в результате чего очень рано начинали совершать асоциальные поступки. Также рано возникали состояния тяжелого опьянения, включая случаи с попаданием в медвытрезвитель. Первичное влечение к алкоголю оставалось на втором плане. На ранних этапах течения алкоголизма участие в выпивках объяснялось в основном податливостью больных влиянию авторитетных для них партнеров по выпивкам. В те периоды, когда это влияние устранялось или вытеснялось другим, позитивным влиянием, больные могли воздерживаться от спиртных напитков, не испытывая выраженной «тяги» к алкоголю.

Прогрессирование алкоголизма сопровождалось учащением выпивок, все более регулярно проявляющейся утратой количественного контроля. Тем не менее, в отличие от больных с астеническими особенностями, форма злоупотребления алкоголем при переходе во вторую стадию редко становилась постоянной; преобладали так называемые псевдозапои. На этом этапе клинически выраженным становилаось первичное влечение к алкоголю, но оно всегда маскировалось ситуационными факторами. В отличие от больных с астеническими особенностями, как правило, отсутствовало критическое отношение к патологическому влечению к алкоголю. Они объясняли возобновление выпивок после периодов воздержания той или иной продолжительности не «тягой» к спиртным напиткам, а различными внешними обстоятельствами, говорили, что в той ситуации, в которой они оказались, «не выпить было нельзя».

У больных синтонного типа на ранних этапах течения алкоголизма не отмечалось отчетливого преобладания одного какого-либо вида патологического влечения к алкоголю. При формировании алкоголизма всегда можно было констатировать появление первичного патологического влечения к алкоголю, которое проявлялось в первую очередь в том, что больные в компании становились инициаторами выпивок. В то же время первичное влечение к алкоголю на начальных этапах

течения алкоголизма никогда не проявлялось спонтанно, вне связи со складывающимися обстоятельствами; оно всегда было «привязано» к ситуациям, которые в определенной среде считаются традиционными поводами для выпивок. Количественный контроль резко не нарушался, но случаи выраженного опьянения эпизодически наблюдались, причем они также возникали только в определенных, способствующих этому ситуациях (семейные торжества, какие-либо примечательные события, отпуска и т. п.). По мере прогрессирования алкоголизма интенсивность проявления обеих форм патологического влечения к алкоголю равномерно нарастала. При переходе во вторую стадию алкоголизма примерно с одинаковой частотой наблюдался как постоянный, так и псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем.

Таким образом, были обнаружены различия в клинических проявлениях стержневого признака хронического алкоголизма—патологического влечения к алкоголю. Эти различия имели определенную связь с преморбидными личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и проявлялись наиболее заметно на ранних этапах его течения. Варьировали структура патологического влечения к алкоголю и механизмы его актуализации под влиянием различных социально-психологических факторов. Эти данные имеют значение для установления вариантов течения алкоголизма, а, следовательно, и для разработки методик дифференцированного лечения.

К ПАТОГЕНЕЗУ АЛКОГОЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ

Н. А. Ильина, А. П. Хохлов, Ю. Н. Савченко (Москва)

Изменения со стороны нервной системы при хроническом алкоголизме встречаются часто, причем поражение периферических ее отделов занимает ведущее место. Наряду с острой алкогольной энцефалопатией Гайе—Вернике, мозжечковой атрофией Мари—Фуа—Алажуанина, нарушениями мозгового кровообращения, алкогольная полинейропатия может приводить к значительной инвалидизации. За последние годы больные алкогольной полинейропатией в клинике нервных болезней стали достаточно обычным контингентом мужского неврологического отделения. Вместе с тем вопросы патогенеза, дифференциального диагноза и лечения не могут считаться окончательно разрешенными.

Диагноз алкогольной полинейропатии ставится на основании анамнестических сведений, соматических изменений и неврологических симптомов поражения нервных стволов с дистальными парезами и расстройством чувствительности. Следует напомнить, что анамнезу со слов больного не приходится полностью доверять, поскольку большинство лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, не придает этому серьезного значения и нередко скрывает пьянство. Соматические изменения бывают достаточно ярко выражены при далеко зашедших стадиях алкоголизма. В ряде случаев не отмечается характерного внешнего вида, поражения печени, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Все это диктует необходимость поисков адекватных лабораторных тестов для подтверждения диагноза.

Известно, что алкогольные полинейропатии представлены двигательными, чувствительными и смешанными формами. Значительно более редко отмечаются формы с преимущественно вегетативными симптомами поражения. По нашим наблюдениям чаще отмечаются чувствительные формы алкогольных полинейропатий, которые характеризуются более упорным течением, причем двигательные расстройства в этих случаях или полностью отсутствуют или выражены очень слабо. Несмотря на расстройство глубокой и вибрационной чувствительности, сухожильные рефлексы могут сохраняться, а иногда даже бывают повышенными. При чувствительных и вегетативных формах могут быть значительные трофические расстройства, в том числе выраженный остеопороз костей как в дистальных, так и в проксимальных отделах конечностей. Под нашим наблюдением находился больной с синдромом акроостеолиза, обусловленного алкогольной полинейропатией.

Патогенетические механизмы при алкогольной полинейропатии традиционно связываются с вторичным авитаминозом (преимущественно группы В, а также С и РР). Эта витаминная недостаточность обусловлена развивающимся синдромом мальабсорбции. Усугубляющим фактором является присоединяющиеся сосудистые расстройства с нарушением микроциркуляции и ишемизацией нервных стволов. Такой механизм при учете фактора позиционного сдавления является ведущим при типичном «неврите лучевого нерва» у потаторов.

Другими возможными механизмами формирования алкогольной полинейропатии являются метаболические нарушения, развивающиеся в результате токсического пражения печени. Биохимические расстройства при хронической алкогольной интоксикации напоминают таковые при сатурнизме со свинцовой полинейропатией и, в известной степени, при острой перемежающейся порфирии. В этом свете представляет интерес изуче-

ние химического состава миелина и его гидролитических ферментов.

Заслуживает вниманиая накопленный нами опыт лечения больных алкогольной полинейропатией препаратом «аденил» в комплексе с другими традиционными методами лечения.

ОПЫТ РАБОТЫ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ С БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ

Л. В. Кавешникова (Москва)

Наблюдались 33 мужчины с начальными признаками алкоголизма. Возраст больных колебался от 22 до 38 лет. У 29 больных при обследовании было выявлено патологическое влечение к алкоголю, повышенная толерантность, аффективные расстройства в виде депрессии, эмоциональная неустойчивость — без признаков похмельного синдрома. У 4 больных, помимо вышеперечисленных расстройств, наблюдались начальные признаки абстинентного синдрома. Все эти больные обратились к врачу самостоятельно или после беседы врача в цехе, или пришли с бывшими «собутыльниками», начавшими лечение.

В этой группе больных основное внимание уделялось психотерапевтической работе, как индивидуальной, так и групповой. 22 больным проведен курс дезинтоксикационной терапии. Как правило, после первого же посещения наркологического кабинета и беседы с врачом больные прекращали употребление спиртных напитков, критически оценивали свое состояние и в дальнейшем охотно посещали наркологический кабинет, групповые беседы. Через 1—2 месяца уже заметно выравнивалось настроение, значительно ослабевало или исчезало совсем патологическое влечение к алкоголю, все они высказывали удовлетворение трезвым образом жизни.

В 11 случаях через 4—5 месяцев были кратковременные срывы, при которых все в первый-второй день запоя обратились к врачу. В дальнейшем они высказывали более твердую установку на трезвость.

Следует отметить, что в выявлении ранних форм алкоголизма, его профилактике имеет большое практическое значение работа наркологических кабинетов на промышленных предприятиях. Совместная работа с больными врача, семьи, администрации, общественных организаций, своевременно начатое лечение, комплексный психотерапевтический подход, последовательно проводимое в течение длительного времени поддерживающее лечение дает положительные результаты.

О ЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ АЛКОГОЛИЗМА

О. М. Калина (Москва)

На важное диагностическое и прогностическое значение психоорганических нарушений при алкоголизме указывали в своих работах многие отечественные и зарубежные авторы. Поэтому становится понятным интерес к раннему распознованию этих симптомов.

В клинической картине обследованных 92 больных алкоголизмом, психоорганические расстройства занимали значительное место. По степени выраженности взятого за основной синдрома снижения уровня личности, выделено несколько групп больных. Среди них были пациенты с заострением или, наоборот, нивелировкой личностных особенностей, типичными алкогольными изменениями личности и более грубыми расстройствами с преобладанием мнестических нарушений, примитивизацией с выраженным морально-этическим снижением, изменениями, схожими с церебро-сосудистым типом реагирования. На ранних (I, I—II) стадиях у этих больных имелись такие характерные симптомы как исчезновение защитного рвотного рефлекса, появление обсессивного влечения к спиртному, утрата контроля над количеством выпитого и улучшение переносимости все возрастающих доз алкоголя, наличие астенического симптомокомплекса, формирование похмельных проявлений. В то же время тщательный анализ течения патологического процесса и клиники заболевания позволил установить особенности, которые наиболее ярко проявлялись в состояниях абстиненции и опьянения.

Появление признаков заострения личностных особенностей (I группа больных) обычно наблюдалось у лиц с эксплозивными, истероидными и эпилептоидными чертами характера. У части больных в процессе становления и течения алкоголизма ранее не доминирующие черты характера становились определяющими, проявляясь в первую очередь в картине опьянения, а в последующем и абстиненции. Было отмечено сглажи-

вание симптоматики вне алкогольных эксцессов. В случаях раннего злоупотрбления спиртными напитками, алкоголизма родственников, перенесенных черепно-мозговых травм наблюдался апатический тип опьянения с вялостью, безучастностью, пассивностью, происходило быстрое формирование основных симптомов алкоголизма. Хотя на данном этапе болезненного процесса в структуре абстинентного синдрома преобладающими были вегетативно-сосудистые проявления, однако нередко имели место негрубые мнестические нарушения, а также некоторые симптомы, характерные в дальнейшем для алкогольных изменений личности, отмечался их преходящий характер. Эти факты, на наш взгляд, могут иметь определенное прогностическое значение.

В группе больных с типичными алкогольными изменениями личности такими как хвастливость, лживость, легковесность суждений, развязность, снижение критики и т. п. уже в начале заболевания в опьянении и похмелье можно было видеть намечающиеся черты алкогольной деградации. Помимо этого в клинике опьянения имелись черты эксплозивности, реже встречались эйфорические варианты.

В тех группах, где у пациентов диагностировались более грубые психоорганические нарушения с мнестическими расстройствами (нарушение процессов запоминания, усвояемости и осмысления прочитанного, ухудшение концентрации внимания), примитивизацией и морально-этическим снижением, изменениями личности по церебро-сосудистому типу мы также выделяли особенности течения заболевания уже на инициальной стадии. Состояния опьянения и абстиненции протекали более тяжело, чем в других группах. Были часты формы опьянения с эксплозивностью, придирчивостью, либо безразличием и апатией; эйфорические формы опьянения встречались редко. Абстиненция протекала с явлениями повышенной раздраженности, недовольством, конфликтностью, у ряда больных отмечалась назойливость, несдержанность, повышенная слезливость. Можно предположить, что появление сосудистых знаков в картине опьянения или на начальном этапе синдрома похмелья, по всей вероятности, служит ранним показателем неполноценности сосудистой системы. У некоторых больных выявлена связь между наиболее тяжелыми формами опьянения и похмелья и неблагополучной алкогольной наследственностью, перенесенными соматическими заболеваниями, травмами центральной нервной системы.

Большинству больных во II и III стадиях алкоголизма проводилось лечение препаратами, улучшающими обменные процессы в мозговой ткани, нормализующими кровоснабжение (ноотропил, пирацетам, пиридитол, пантогам, стугерон). Отмечен благоприятный эффект препаратов при купировании негрубых мнестических нарушений, астенических проявлений, психопатоподобной симптоматики, сосудистых знаков, а также некоторых симптомов, типичных для алкогольных изменений личности. Некоторые из них (пирацетам, пантогам) оказались эффективными для снятия абстинентных проявлений. Полученные данные позволяют рекомендовать назначение этих лекарственных средств больным с описанными клиническими особенностями уже на начальных стадиях заболевания.

Таким образом, раннее выявление психоорганических нарушений, в инициальных стадиях заболевания, в клинической картине опьянения и абстиненции с учетом наследственных, конституционных и других преморбидных факторов, может служить не только важным критерием дальнейшего хода заболевания, но будет способствовать своевременному назначению адекватной терапии, что возможно позволит уменьшить степень злокачественности процесса.

ИЛЛЮЗОРНОЕ ВОСПРИЯТИЕ МЕДЛЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

А. К. Качаев, М. Д. Пятов (Москва)

По данным современной психологии, оценка человеком времени определяется его интересом к происходящему, возникающими при этом чувствами, зависит от вида выполняемого труда, условий изоляции или малой подвижности (так называемая сенсорная депривация) и других факторов.

Известны аналогичные исследования у психически больных. Многочисленные работы посвящены изменениям восприятия течения времени при острой алкогольной интоксикации у больных алкоголизмом и у здоровых, но они не относятся к разным клиническим состояниям у больных алкоголизмом.

С целью изучения восприятия времени у больных алкоголизмом проведены две серии исследований.

В первой серии применялась специально разработанная методика. До начала лечения больным сообщалось, что через 30 минут им дадут алкоголь, якобы с целью регистрации ряда физиологических показателей. По частоте напоминаний больными о таком обещании за определенный временный интервал в известной мере удавалось количественно оценить переживание больными алкоголизмом скорости протекания времени в связи с предстоящим приемом алкоголя. По этой программе исследованы 76 больных алкоголизмом и 18 здоровых.

ческом периоде отмечалось у лиц пикническим соматотипом высокая толерантность, выраженность вегетативно-соматических и неврологических расстройств в структуре абстинентного синдрома, депрессивный и псевдоманиакальный характер опьянения. Запои часто детерминировались первичными расстройствами настроения. У больных с нормостеническим соматотипом абстинентный синдром характеризовался выраженностью психического компонента с аффектом тревоги, страха, пугливости. Опьянение нередко носило измененный характер с дисфорией, агрессивностью, приводящей в некоторых случаях к асоциальным поступкам. Наличие высокой толерантности и компульсивное влечение к алкоголю отмечалось в предпсихотический период у подавляющего числа больных этой группы. В ряде случаев высокая соматическая отягощенность предшествовала аментивному алкогольному делирию. В группе больных астенической морфологической конституцией в предпсихотическом периоде часто наблюдалась амнестическая форма опьянения. В структуре абстинентного синдрома превалировали психические расстройства. Характерным было снижение толерантности с тусклостью картины алкогольного пьянения. Начало злоупотребления алкоголем часто провоцировалось ситуационными факторами.

Таким образом полиморфизм инициальной симптоматики шизофрении и психотического алкоголизма связан преимущественно со средовым полиморфизмом, уровень реагирования на который модифицируется морфофенотипическими особенностями больных. Изученные закономерности могут быть использованы в целях группового и индивидуального прогноза особенностей инициального периода шизофрении и психотического алкоголизма.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА НА РАННИХ ЭТАПАХ ЕГО РАЗВИТИЯ

Ц. П. Короленко, А. В. Драгун (Новосибирск)

В работе приведен анализ 50 случаев злокачественного течения алкоголизма с позиций системного подхода. В понятие системы входило изучение психологических особенностей личности исследуемых, содержание мотивации употребления алкоголя, характера семейных и внесемейных межличностных отношений. Исследовались мужчины в возрасте от 20 до

28 лет. Семейное положение было следующим: на момент обследования девять человек состояло в браке, 13 — не состояло, 28 — были разведены или не поддерживали отношений с семьей. Причиной разводов явились конфликтность, агрессивность исследуемых, отсутствие чувства ответственности, измены. Семейные межличностные отношения характеризовались поверхностностью, отсутствием стойких привязанностей, невозможностью установления глубоких эмоциональных контактов. Контрольную группу составили 50 больных того же возраста и пола в начальных стадиях алкоголизма, характеризующегося сравнительно доброкачественным течением. Все они на момент обследования состояли в браке не менее двух лет. В семейных отношениях устанавливалась эмоциональная зависимость от жены, подчиняемость. У больных этой группы имела место пассивность, склнность к кратковременным изменениям настроения под влиянием средовых факторов, отмечалась тенденция к уходу от конфликтных ситуаций, конформизм.

Больные обеих групп злоупотребляли алкоголем в течение 2—5 лет, т. е. алкоголизм развился у них уже не в подростковом периоде. У больных первой группы он характеризовался сравнительно быстрым развитием психологической зависимости, недисциплинированным употреблением спиртных напитков, приемом больших, часто превышающих толерантность, доз алкоголя. Имели место частые, связанные с алкогольными эксцессами, конфликты с окружающими, нарушение этических норм поведения, трудовой и производственной дисциплины, попадания в вытрезвитель. У лиц этой группы можно было выделить три основных варианта психологической зависимости от алкоголя, отражающих различные типы мотиваций. Наиболее частым вариантом была свойственная эта-алкоголизму гедонистическая мотивация, стремление к получению удовольствия во время алкогольного опьянения, связанное с эйфоризирующим эффектом алкоголя. В 34 случаях подобного рода употребление алкоголя, как правило, происходило в компании других лиц, часть из которых страдала алкоголизмом. У меньшего числа исследованных (11 человек) отмечалась анксиолитическая, свойственная альфа-алкоголизму, мотивация, в рамках которой алкоголь употреблялся как средство, обладающее транквилизирующим эффектом: для того, чтобы «забыться», «отвлечься от неприятностей», снять явления эмоционального напряжения. У пяти больных содержание психологической зависимости не укладывалось полностью в свойственные альфа- и эта-алкоголизму варианты. Устанавливалось наличие анксиолитической мотивации, однако последняя была нерезко очерчена; выявлялись элементы субмиссив-

ной мотивации: алкоголь употреблялся в компании под давлением лиц, с которыми у больных имели место не формальные контакты.

Психологическая зависимость от алкоголя у всех больных основной группы формировалась быстро. Психофармакологический эффект алкоголя во многом отражал характер формирующейся мотивации и личностных особенностей пациента. Лица с анксиолитической мотивацией обращали внимание на «успокаивающий», смягчающий напряжение эффект алкоголя, в то время как для лиц с гедонистической мотивацией была более типичной фиксация внимания на вызванном алкоголем повышении настроения, описании различных оттенков алкогольной эйфории. Быстрое формирование психологической зависимости от алкоголя сочеталось с отсутствием сколько-нибудь отчетливых компенсаторных механизмов, каких-либо вариантов альтернативного поведения. Выпивки носили частый характер, употреблялись дозы алкоголя, вызывающие выраженные явления алкогольного опьянения, даже в случаях, когда имело место развитие эта-алкоголизма с преобладанием гедонистической мотивации. Поведение больных с альфа-алкоголизмом, у которых устанавливалось наличие анксиолитической мотивации, определялись подходом «чем хуже, тем лучше», с развитием чрезвычайно деструктивной модели поведения.

Представляет интерес сравнение описанных случаев с вариантами сравнительно доброкачественного течения альфа- и эта-алкоголизма, для которых типичны иные закономерности течения. В контрольной группе употребление алкогольных напитков при альфа-алкоголизме в течение 1—3 лет носило хотя и недисциплинированный, но все же спорадический характер, обусловленный достаточно четко определяемыми психологическими мотивами. После таких алкогольных эксцессов наступает период раскаяния и временного воздержания, во всяком случае, от приема больших доз алкоголя. У больных с гедонистической мотивацией, присущей эта-алкоголизму, психологическая зависимость от алкоголя в контрольной группе формировалась также постепенно; длительное время употребление алкоголя хорошо маскировалось принятыми в обществе нормами. Изучение особенностей мотивации употребления алкоголя в контрольной группе показало, что наиболее частым (у 38 больных) было преобладание субмиссивной мотивации, у шести больных устанавливалось наличие анксиолитической и у шести —гедонистической мотиваций. При варианте анксиолитической мотивации в каждом отдельном случае мотивы употребления алкоголя в основной группе устанавливались с трудом, их можно было выяснить лишь при подробном исследовании.

Они отражали, главным образом, не столько конкретную причину выпивки, как это чаще всего имело место в контрольной группе, сколько особенности личности, разлитой, «свободноплавающий» характер тревоги. Всегда создавалось впечатление о некоторой искусственности выдвигаемой проблемы, затруднения. Больные контрольной группы с преобладанием гедонистической мотивации уделяли большое внимание наличию общих интересов с другими членами компании, отчетливо выступали значение межличностных контактов. В противоположность этому в основной группе обращала на себя внимание большая ориентация на психофармакологические свойства алокоголя, его способность вызывать эйфорию. Межличностные контакты, формирующиеся в процессе выпивки, носили поверхностный характер, со стремлением привлекать к себе внимание, производить впечатление, становиться лидером общества.

Проведенное исследование показывает, что уже на ранних этапах течение алкоголизма может приобретать злокачественный характер. Среди факторов, способствующих этому, устанавливается значение особенностей личности, содержания мотивации употребления алкоголя, семейных и внесемейных межличностных отношений.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ц. П. Короленко, А. С. Тимофеева, И. Д. Куимова, В. К. Шумилова, В. В. Макаров, Н. Л. Бочкарева, Л. Ф. Перекрестова, Ю. В. Валентик, М. И. Бригадиренко (Новосибирск)

В данном исследовании поставлена задача выявить частоту употребления алкоголя практически здоровыми подростками, проанализировать причины, способствующие употреблению алкоголя, а также факторы, препятствующие алкоголизации. Для этой цели была составлена специальная анонимная анкета, в которой отражены некоторые паспортные данные, особенности воспитания в семье, сведения о перенесенных заболеваниях, успеваемость, отношение к обучению, увлечения. Большая часть вопросов касалась информации, связанной с алкоголизацией. Каждый вопрос содержал возможне варианты, ответов, обследуемым предлагалось вы-

брать и подчеркнуть или вписать правильное по отношению к себе. На заполнение анкеты подростки тратили от 20 до 40 минут.

Для оценки диагностической валидности анкеты предварительно было проведено обследование группы учеников специальной школы для трудновоспитуемых детей и подростков, которые находились под нашим наблюдением и ранее обследованы клинически. Обследование показало, что подростки правильно понимают предложенные вопросы, вкладывают в них одинаковый смысл, охотно и в большинстве случаев откровенно отвечают на них. Число лиц, злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкоголизмом, выявленных клиническими методами обследования и с помощью анкеты, совпало.

Обследовано более 3000 подростков мужского и женского пола 15—18 лет: учащиеся общеобразовательных школ и профессионально-технических училищ, студенты техникумов, ученики спецшколы для правонарушителей (только юноши), воспитанники колонии для несовершеннолетних (только юноши).

При анализе полученных данных оказалось, что лишь незначительная часть обследованных была незнакома с алкоголем, чаще — это ученики общеобразовательных школ, среди которых юноши и девушки встречались одинаково часто. Среди учащихся техникумов и ПТУ число незнакомых с алкоголем девушек было в два раза больше, чем юношей. Интересно было проследить эти данные по возрастным группам. Было установлено, что число совсем не выпивавших юношей с 15 до 18 лет уменьшилось в 4 раза, тогда как число незнакомых с алкоголем девушек за этот период уменьшилось незначительно.

Первое знакомство с алкоголем у обследованных произошло в различные возрастные периоды. Для студентов техникумов и ПТУ наиболее типичный возраст знакомства с алкоголем 15—17 лет, причем юноши начинают выпивать раньше, девушки позже. Для учеников общеобразовательных школ типичный возраст первой выпивки 11—14 лет. Для учеников спецшколы наиболее характерно начало алкоголизации до 11-летнего возраста, для воспитанников колонии — до 14 лет.

Выявлена различная частота выпивок. Для школьников характерные единичные и эпизодические редкие выпивки, для студентов техникумов и ПТУ более характерны частые алкогольные эксцессы (один раз в месяц и чаще). Для воспитанников спецшколы и колонии типична еще более частая алкоголизация. Частые выпивки среди школьниц и учениц ПТУ встречались в три раза реже, а у студенток техникумов в четыре раза реже, чем у юношей этих же учебных заведений.

Число часто выпивающих подростков увеличивалось с возрастом обследованных.

Для юношей всех групп в возрасте от 15 до 17 лет характерен постепенный рост часто выпивающих, значительное увеличение числа этих лиц происходит между 17 и 18 годами жизни, тогда как для девушек значительный рост часто выпивающих выявлен между 15 и 16 годами жизни.

Доза алкогольных напитков, употребляемых обследованными, значительно варьировала. Юноши и девушки общеобразовательных школ предпочитали вина, причем девушки употребляли меньшие дозы. Студенты техникумов и ПТУ мужского пола одинаково часто употребляли вина и водку, иногда в значительных количествах. Для воспитанников спецшколы и колонии было характерно употребление больших доз спиртного, нередко опасных для их здоровья и жизни. Интересно, что при заполнении анкеты большинство обследованных не относило пиво и шампанские вина к алкогольным напиткам.

Наиболее частым поводом к выпивке для подростков всех групп были «праздники», на втором месте для школьников и студенток техникумов стоят «семейные торжества», а для студентов техникумов и учащихся ПТУ — «встреча с друзьями». Для учеников спецшколы и воспитанников колонии «встреча с друзьями» являлась самым частым поводом для алкоголизации, кроме того они почти в 1/3 случаев указывали как повод к выпивке такие факторы, как «нечем занять свободное время» и «от скуки», в то время как у других подростков эти причины указывались лишь в единичных случаях.

Во всех группах обследованных подростков выявлены лица, у которых отмечались признаки алкоголизма (частые выпивки, повышение толерантности к алкоголю, явления физической зависимости, амнезия опьянения и др.). Наибольший процент таких подростков был среди воспитанников колонии и учеников спецшколы.

Таким образом проведенные исследования показали значительную распространенность алкоголизации среди несовершеннолетних. Для учеников общеобразовательных школ были характерны единичные и эпизодические выпивки чаще в праздничные дни и в случаях «семейных торжеств», предпочтение небольших доз спиртных напитков средней крепости. Для студентов техникумов и ПТУ выпивки были более частыми, было характерно одинаково частое употребление вин и дистиллятов. Подростки с признаками алкоголизма в этой группе встречались чаще. Для воспитанников спецшколы и колонии были типичны частые алкогольные эксцессы, употребление больших доз алкоголя.

Выявлены существенные различия в выраженности алкогольных проблем у юношей и девушек. Если среди школьников и школьниц различия выражености алкогольных проблем не столь значительны, то у девушек — студенток техникумов и ПТУ алкогольные проблемы выражены значительно меньше, чем у юношей этих же учебных заведений.

Работа по профилактике алкоголизма должна проводиться с учетом изложенного. Необходима большая организация занятости подростков, особенно в праздничные дни, и усиление контроля за ними со стороны родителей и педагогов. Важно правильное поведение взрослых во время семейных торжеств. Беседы в школах на противоалкогольные темы рациональнее проводить для смешанной по полу аудитории, тогда как в техникумах и ПТУ следует разделять юношей и девушек на этих лекциях и беседах. Здесь возможно использовать положительное влияние девушек на юношей. Для контингента спецшколы и колонии необходима особая тактика противоалкогольных мероприятий. Более результативными здесь могут оказаться административные санкции к выпивающим подросткам и их родителям.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ АЛКОГОЛИЗМА

В. П. Коханов, О. Н. Кузнецов (Москва)

В последние годы рефлексотерапия находит все более широкое применение при различных заболеваниях. Нами разработаны методы лечения депрессивных и астенических состояний различного генеза, а также купирования абстиненции у больных алкоголизмом во II и III стадиях. Полученные результаты позволили использовать эти методы у больных в начальных стадиях алкоголизма.

Лечение методом рефлексотерапии было проведено 58 больным в I и I—II стадиях алкоголизма; 12 больных после 1—2 сеансов перестали посещать врача, сведений о их состоянии нет. Возраст больных—от 22 до 40 лет, длительность систематического употребления алкоголя — 1—3 года. Лишь часть из них (28) обратилась с просьбой провести лечение по поводу «чрезмерного» употребления алкоголя. Остальные предъявляли жалобы на плохое общее самочувствие, сниженную умственную и физическую работоспособность, сердцебиение, потливость, нарушение сна, пониженное настроение, раздражительность и т. п. Однако, при клиническом обследовании у них был выявлен алкоголизм в I или I—II стадии. 31 больному курсовое лечение было проведено в амбулаторных условиях; 27 — первый курс проведен в стационаре, 19 из них поддерживающее лечение в дальнейшем проведено амбулаторно.

11 больным лечение было начато в состоянии легкой или средней степени опьянения (смазанная или дизартричная речь, различной степени нарушение координации, неуверенная походка, гиперемия кожных покровов, гипергидроз, недостаточная критичность, снижение чувства дистанции ,бестактность, болтливость и т. п.). Сеанс рефлексотерапии проводился в течение 25—40 минут. Во время сеанса больные успокаивались, засыпали. После проведенной процедуры речь больных становилась четкой, последовательной, координационные пробы выполняли точно, цвет лица приобретал нормальную окраску, потливость заметно уменьшалась, во время беседы испытывали смущение. Больные отмечали, что во время сеанса было чувство расслабленности, «тянуло в сон», постепенно голова как бы «просветлела». Сразу же после сеанса отмечали протрезвление, с критикой рассказывали о предшествующем состоянии опьянения.

У 12 больных была купирована нерезко выраженная абстинентная симптоматика. Она проявлялась в чувстве разбитости, вялости, снижении настроения, или безразличии, наличии тех или иных вегето-сосудистых расстройств, отсутствие аппетита, у некоторых наблюдался невыраженный тремор. Во время сеанса состояние больных было аналогично описанному выше. После процедуры больные отмечали заметное повышение настроения, выраженный аппетит, появлялось чувство бодрости, уверенности в себе, исчезло влечение к алкоголю, нормализовался вегето-сосудистый тонус.

Повторные сеансы (6—12 в течение 10—18 дней) рефлексотерапии были направлены на купирование явлений астении (19 больных), субдепрессии (22), ипохондричности с вегетососудистыми прозявлениями (6); у остальных наблюдалась комбинация этих синдромов. Эти расстройства были обусловлены как хронической интоксикацией алкоголем, так и преморбидными особенностями (черты циклоидной или астенической психопатии, органическая или соматическая неполноценность).

После первых 1—3 сеансов больные отмечали значительное улучшение состояния, которое продолжалось в течение 6—8 часов. Уже после первого сеанса нормализовался сон, отмечался подъем настроения, повышение активности и работоспособности: исчезали сердцебиение, потливость, нормализо-

Годовые разницы температуры воздуха (январь—июль) как важнейшие показатели континентальности, составляют 25,6° в Ленинграде, 18,5° в Цюрихе, 19,0° в Гейдельберге, 27,0° в Херсоне, 48,0° в Чите. Они соответствуют колебаниям поступлений, но не столь четко: из закономерности выпадает соотношение в Ленинграде. Безусловно, на колебания заболеваемости оказывают влияние не только температурные, но и многие другие факторы. Все же прежде всего с влиянием температуры следует связывать резкое снижение числа психозов зимой (особенно выраженное в Чите) и летом в Херсоне, где в июле отмечается наиболее высокая среднемесячная температура +24,0°С. Среднее же значение температур в весенне-летний и осенний период соответствует увеличению алкогольных психозов.

С географической долготой каких-либо соответствий не обнаруживается. Так, колебания в Херсоне и Ленинграде различаются существенно ($p < 0,05$), хотя долгота их почти одинакова (33° и 30°), и близки в Чите и Херсоне, значительно удаленных по долготе (113° и 30°).

Связь географической широты с колебаниями психозов можно предполагать, учитывая сведения о различиях на 6 месяцев колебаний психических нарушений в южном и северном полушариях и данные о сглаживании физиологических ритмов на крайнем Севере (К. М. Быков, А. Д. Слоним, 1949). Наименьшие колебания психозов следует ожидать у полюсов и на экваторе, наибольшие в средних широтах (30°—60°) с их ярко выраженной сезонностью. Изучаемые регионы лежат в незначительном диапазоне (13°) по широте и возможное влияние широты маскируется местными климатическими особенностями.

Предполагаемое увеличение числа алкогольных психозов в месяцы с праздничными днями накладывается на естественную сезонную динамику, что мешает его вычислению. Поэтому число психозов праздничного месяца мы сравниваем с усредненным показателем предыдущего и последующего месяцев. Естественно, из числа праздничных были исключены данные за май и ноябрь, полученные в Цюрихе и Гейдельберге и данные за апрель (пасха), полученные в Ленинграде, Херсоне и Чите. Они, однако, демонстративны для сравнений. Данные за январь учитывались во всех районах.

Число поступлений в месяцы с праздничными днями во всех случаях (за исключением января в Чите) оказалось увеличенным, а без них — уменьшенным или измененным очень незначительно. Это увеличение не одинаково в разные месяцы и в разных регионах. Оно, как и общее колебание поступлений, тем более выражено, чем континентальнее климат. Так,

в условиях Ленинграда увеличение в январе, мае и ноябре составило 0,1%, 0,3%, 1,0%, а в условиях Херсона соответственно 3,0%, 1,8%, 5,0%.

Лишь данные января (снижение на 1,7%) и ноября (увеличение на 1,1%) в Чите не подчиняются этой закономерности. Вероятно, значительный холод в ноябре (—14,8°С против, +5,3°С в Херсоне и 0,5°С в Ленинграде) уменьшает, а экстремальный в январе (—29,0° против —0°—7,9°С в других регионах) полностью нивелирует последствия праздничной алкоголизации.

Изучаемую динамику обострений алкогольных психозов следует считать одним из патологических годовых ритмов. Он совпадает с целым рядом других годовых ритмов, в том числе с ритмом интенсивности основного обмена (И. С. Кондрор и К. А. Раппопорт, 1954; А. Д. Слоним, 1952) и ритмом токсического действия барбитуратов (Л. Б. Нурманд, 1973). В его формировании участвуют в большей мере климато-биологические факторы и в меньшей — социально-обусловленные колебания потребления алкоголя.

Размахи колебаний годового ритма острых алкогольных психозов и учащение их вследствие периодического увеличения потребления алкоголя населением тем больше, чем более выражена континентальность климата. Однако это верно лишь до некоторых пределов: экстремальные значения метеорологических факторов (холод, жара), снижая частоту психозов, снижают или полностью нивелируют и социально обусловленное их учащение.

Возможно, крайние значения холода — стрессора ослабляют психотоксическое действие алкоголя, но возможно, они уменьшают влечение к его потреблению. Это нуждается в дальнейшем изучении.

ФОРМИРОВАНИЕ НАЧАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

И. Д. Муратова, П. И. Сидоров (Архангельск)

Основная цель работы состояла в изучении развития алкоголизации у подростков на преклинической стадии заболевания. В амбулаторных условиях было обследовано 112 подростков, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма («клиническая группа») и 107 несовершеннолетних, эпизоди-

чески употребляющих спиртные напитки («группа риска»). Представители обеих групп в возрасте до 18 лет задерживались милицией в состоянии опьянения и состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Выбор сравниваемых контингентов определялся задачей выделения факторов, значимых именно для развития подростково-юношеского алкоголизма. Подростки «клинической группы» уже прошли путь, который представители «группы риска» еще только имели перед собой в качестве возможного направления развития. Кроме того, в условиях психиатрического стационара и медико-санитарной части детской колонии было обследовано 87 подростков и юношей, имеющих сформированные начальные проявления клиники хронического алкоголизма.

Анализ материалов исследования показал, что факторы, способствующие ранней алкоголизации, являются общими для любых форм нарушения поведения в подростковом возрасте. Эти факторы могут быть условно объединены в группы нарушенной микросоциальной среды, индивидуально-биологической (соматоневрологической) и индивидуально-психологической отягощенности преморбида. Подростки «клинической группы» отличаются от представителей «группы риска» глубиной, степенью нарушений по трем выделенным группам факторов, хотя набор этих факторов в равной мере присутствует в анамнезе исследуемых групп. Сходство подростков двух сравниваемых контингентов по ряду ведущих показателей подчеркивает повышенную вероятность дальнейшего развития у подростков «группы риска» различных форм асоциального поведения, в том числе ранней алкоголизации и алкоголизма.

Анализ клинического материала обнаружил у части подростков «группы риска» своеобразную злокачественность алкогольного дебюта, которую характеризовали следующие показатели: а) высокая «социально-нравственная толерантность» к пьянству, в силу злоупотребления спиртными напитками в семье или в компании, вследствие чего быстро утрачивается значение противодействия микросоциальной среды; б) раннее начало (в 10—12 лет) употребления спиртных напитков в семье со взрослыми и в компании друзей; в) низкий уровень изначальной толерантности, быстро увеличивающий свою кратность при развитии алкоголизации; г) криминогенное поведение в опьянении, ускоряющее социальную декомпенсацию; д) раннее приобщение к алкогольным обычаям среды: употребление крепких спиртных напитков и прием алкоголя в больших дозах, приводящих к сопорозным и коматозным опьянениям, изначально подавляющим биологические защитные механизмы и количественный контроль, ранние попытки утренних приемов спиртного в алкогольной компании, приводящие к формированию «индуцированного абстинентного синдрома», некритично широкий спектр причин и поводов алкоголизации, употребление суррогатов, прием вместе с алкоголем различных лекарственных препаратов, усиливающих эффект опьянения.

Подростки «группы риска», имеющие злокачественный алкогольный дебют, могут быть названы «угрожаемым контингентом». Именно они преимущественно и дают рост контингентов подростково-юношеского алкоголизма. Анализ периода перерастания пьянства в алкоголизм позволяет описать три основных социально-психологических механизма становления заболевания у несовершеннолетних.

Механизм «индукции». На начальном этапе формирования алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов влечения, утраты контроля, форм потребления (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя) и форм опьянения. Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет известных подростковых реакций группирования и имитации.

Механизм «стимуляции». Часто преморбидная патологическая отягощенность у подростков «угрожаемого» контингента (будь то органическая церебральная недостаточность или личностные изменения) имела астено-апатический и астено-депрессивный радикалы. У этой группы несовершеннолетних прием алкоголя на короткое время давал бодрость, активность, смелость. Учитывая, что ранняя алкоголизация очень быстро приводила к астенизации личности, описанный механизм можно считать общим для рассматриваемого контингента.

Механизм «деформации». Большинство представителей «угрожаемого» контингента не имели нормального семейного воспитания: отсутствовал контроль за их обучением, недостаточно поощрялось развитие интеллекта и нравственно-этических ценностей. У них рано утрачивался интерес к учебе. Это неизбежно приводило к отсутствию у подростков общественно-политической активности и социально-значимых установок, узкому кругу и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и духовных запросов, уходу от ответственных ситуаций и решений. Формировалась такая направленность личности, в основе которой лежала неспособность подростков к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане готовности к злоупотреблению

алкоголем. Происходило уплощение, деформация личности. Складывалась «алкогольная личность до болезни» (А. Л. Нелидов, 1978), слепо и некритично воспринимающая все взгляды и нормы алкогольной группы.

Описанные механизмы, типичные для формирования клиники подростково-юношеского алкоголизма, в определенном соотношении присутствовали в анамнезе любого несовершеннолетнего пациента. Ранняя диагностика начальных клинических проявлений требует осторожного подхода, учитывающего своеобразие формирования клиники, ее нестабильность, индуцированность и возможную обратимость.

Сравнительное ретроспективное и катамнестическое прослеживание анамнеза подростков с хроническим алкоголизмом («клиническая группа») и подростков с асоциальным поведением, в том числе ранней алкоголизацией («группа риска») позволяет выделить два патогенетических уровня готовности к развитию алкоголизма в подростково-юношеском возрасте: уровень неспецифической готовности, представленный подростками «группы риска», и уровень специфической готовности, которому соответствует «угрожаемый» контингент несовершеннолетних.

Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте не может рассматриваться как особый клинический феномен. Своеобразие его порождается возрастным социально-психологическим профилем контингента и преморбидной личностной отягощенностью, привносящими особенности на этапе преклинического развития, но не меняющими принципиально клинику хронического алкоголизма.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Ф. Г. Мухарлямова (Москва)

Основной целью работы являлась ранняя диагностика алкоголизма, попытка выявления начальных симптомов заболевания в условиях лечебных учреждений общемедицинской сети. Работа проводилась в одной из участковых поликлиник г. Москвы. Выбор пал на районную поликлинику потому, что участковые врачи знакомы с бытом больных, связаны с различными общественными и государственными учреждениями, могущими своевременно сигнализировать о злоупотреблении алкоголем того или иного больного.

При ознакомлении с администрацией поликлиники, а также со всеми участковыми терапевтами выяснилось, что предполагаемые больные имеются среди больных, обращающихся в поликлинику с различными соматическими заболеваниями, и они являются тем контингентом, который представляет для самих врачей большие трудности.

Работа была начата с изучения амбулаторных карт больных на каждом участке (без всякой выборки, по алфавиту с буквы К). В результате просмотра 420 амбулаторных карт мы не обнаружили ни в одном случае выставленного наряду с соматическим заболеванием диагноза хронического алкоголизма. (В работе мы намерено не брали тех больных, которые находились на учете в психоневрологическом диспансере или ранее хотя бы однажды обращались к психиатру, таким образом, карточки этих больных нами не изучались). В просмотренных документах были найдены многократные ссылки врачей на то, что больные являлись на прием в нетрезвом виде, со специфическими жалобами (ножевые ранения, травмы, ушибы, полученные во время драк и др., вымогали больничные листы после прогулов на работе). Наряду с этими указаниями , в амбулаторных картах фигурировали неоднократные запросы из милиции, с мест работы больных о наличии у них соматического заболевания и др.

Сами врачи участков предложили нам больных, находящихся у них в «тайном» списке с подозрением, как заявляли врачи, на хронический алкоголизм. Таких больных оказалось 106 — общее число, на каждом же участке по 10—12 больных. Все они были нами осмотрены; кроме того, для сбора более детальных анамнестических сведений были приглашены и их родственники. У всех проконсультированных больных был диагностирован хронический алкоголизм, в основном 2 и 3 стадии, и лишь у 4 из 106 — 1-ая стадия, когда имелось влечение к алкоголю, тенденция к учащению алкоголизации, сокращение светлых промежутков, хотя еще не было потребности в опохмелении.

Все 106 больных в течение многих лет (от 5 до 20 и выше) обращались в поликлинику по поводу различных соматических заболеваний. На 1-ом месте оказались заболевания желудочно-кишечного тракта — 40 больных, на 2-ом — сердечно-сосудистые — 24, на 3-ем — заболевания дыхательных путей — 20, с комбинированными соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистые + желудочно-кишечные) — 12, остальные 10 больных были практически здоровы и являлись в поликлинику с простудными заболеваниями. Все больные были работающие люди, большая часть их в возрасте от 35 до 45 лет, семейные, имеющие детей.

стереометрической оценке составили 3,9 ± 0,6% против 0,2 ± ± 0,2% в контроле, $p < 0,001$. Внутрижелудочное введение 40% раствора этанола в дозе 4 г/кг на фоне предварительного введения тетурама приводило к увеличению объема некротических повреждений (5,0 ± 0,7%). При этом было установлено, что однократное введение этанола интактным животным также приводит к появлению единичных микронекрозов (0,7 ± 0,2% против 0,2 ± 0,2% в контроле, $p < 0,1$).

С целью анализа полученных результатов в следующей серии опытов крысам однократно, внутрибрюшинно вводили ацетальдегид в охлажденном физиологическом растворе в дозах, вызывающих атаксию (200 мг/кг) и наркоз (400 мг/кг), Статистически значимого различия с контролем по числу микронекрозов обнаружено не было. Причиной данного явления на наш взгляд, является быстрое связывание и окисление экзогенного ацетальдегида тканями организма. Концентрация и время пребывания последнего в крови в этих условиях являются, по-видимому, недостатчными для реализации его патогенного действия на миокард.

Учитывая, что альтерирующий эффект тетурама и этанола может быть опосредован катехоламинами, проведена оценка резистентности миокарда крыс к некрозогенному действию адреналина (2 мг/кг, подкожно), вводимого на фоне тетурама, тетурам-алкогольной реакции и ацетальдегида (200 мг/кг). Установлено, что тетурам, этанол на фоне тетурама и ацетальдегид, примененные в указанных выше дозах, существенно потенцируют некрозогенное влияние адреналина на миокард. Объем катехоламиновых повреждений на фоне тетурама составил 17,7 ± 0,9%, на фоне тетурам-алкогольной реакции 26,6 ± 2,3% и на фоне ацетальдегида 18,6 ± 2,0% при 10,3 ± ± 1,8% в контроле, во всех случаях $p < 0,05$.

Таким образом, побочные явления со стороны сердца при лечении тетурамом и проведении тетурам-алкогольной пробы могут быть обусловлены альтерирующим действием тетурама и этанола на миокард. Одним из вероятных факторов, опосредующих данный эффект, являются катехоламины.

Из полученных данных следует, что при лечении тетурамом надо с осторожностью применять лекарственные вещества, обладающие адреномиметическим действием, например, антиастматический препарат изадрин (син. новодрин, эуспиран) или такие гипотензивные препараты симпатолитического действия, как октадин (син. изобарин, санотензин) или альфа-метил-ДОФА (син. альдомет, допегит). В сочетании с тетурамом эти вещества могут оказать неблагоприятное влияние на сердце. Следует воздерживаться также от применения адреналина с целью купирования сердечно-сосудистой недостаточности, возникающей при проведении тетурам-алкогольной пробы. В данной ситуации предпочтительней использовать норадреналин, обладающий менее выраженным влиянием на миокард.

МЕСТО АЛКОГОЛИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СТРУКТУРНЫХ УКЛОНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ

И. Ф. Обросов, В. Д. Свистунов (Пермь)

Проблема изучения трудных детей и подростков в последнее время становится все более актуальной — особенно в аспекте исследования так наз. «фоновых» явлений, представляющих собой своеобразную «питательную» среду для детской и подростковой делинквентности. Источники делинквентного поведения разнообразны, так же как и формы его. Делинквентность может иметь в своей основе различные нервно-психические заболевания (напр., вялотекущая шизофрения, олигофрения, резидуа нейроинфекции), в других случаях она — проявление различных форм патологических уклонений в рамках психопатий или акцентуаций личности, характера (по А. Е. Личко). Во многих случаях делинквентное поведение подростов, как проявление стационарной или нарастающей деморализации в результате криминогенных влияний среды (пьянство, уход из учебного, трудового коллектива или из семьи, аморальное поведение в сфере половых отношений и т. п.), способствует формированию мотива и умысла в плане совершения различных правонарушений, которые у людей взрослых повлекли бы за собой уголовное или административное наказание.

Нами обследовано 180 учащихся — воспитанников специальной школы-интерната (СШИ) в возрасте от 11 лет 2 мес. до 16 лет 1 мес., направленных административными органами вследствие их антиобщественного поведения: побеги из дома, бродяжничество, кражи, хулиганство, систематические пропуски занятий в школе, половые правонарушения, алкоголизация и т. п. Из числа обследованных 142 чел. (78%) находились на профилактическом учете в детских комнатах милиции (ДКМ) с длительностью от 6 мес. до 7 лет 7 мес. Остальные 38 чел. (22%) не состояли на учете в ДКМ в силу различных причин (напр., из числа живущих в сельской местности или если их

поведение не было явно делинквентным — тем более — криминальным).

Особое внимание мы уделяли месту и роли алкоголизации подростков, значению алкогольных «фоновых» факторов — как родителей (воспитателей), так и самих подростков. В качестве основных методик использовались клинический метод в сочетании с изучением личности по ЦДО (А. Е. Личко). Специальное внимание уделялось исследованию «алкогольного анамнеза», по схеме, специально адаптированной — с учетом возраста обследуемых.

Прослежены основные факторы, ведущие к ранней алкоголизации подростков. В результате — оказалось возможным и целесообразным вредные влияния, воздействия и делинквентногенные факторы подразделить следующим образом:

1) микросоциальные — пьянство и алкоголизм родителей (отца — 51,2%, матери — 61,6%), старших братьев и сестер, «спаивание» взрослыми стихийных («неформальных») групп сверстников, групп, формирующихся с целью времяпровождения и совместной алкоголизации; фактическая безнадзорность, аморальные поступки, совершаемые старшими в присутствии подростков, и т. п.;

2) психологические — удовлетворение коммуникативных потребностей — напр., в плане создания и реализации психологических ситуаций, при которых возникает ряд внутренних мотивов, ведущих к употреблению алкоголя: «лишние» деньги, краденое вино, «бесплатное» угощение приятелей, «для храбрости» (напр., при общении на танцах), как «поощрение» (в компании старших, в т. ч.— подростков) или в смысле «признания как равного», как форма и способ развлечения и т. п.;

3) психопатологические — получение повторной эйфории, изменение субдепрессивного состояния («с горя пью», «веселее так»), реже — как симптом какого-либо болезненного процесса и др.

Выявлены две формы ролевых отношений алкоголизации по отношению к последующему делинквентному поведению: алкоголизация как одно из проявлений нарушенного поведения и как патогенетический и (или) патопластический фактор, способствующий расширению, углублению форм делинквентности.

Имеется четкая двусторонняя зависимость алкоголизации и делинквентности: с одной стороны, алкоголизация способствует делинквентному поведению, с другой — делинквентное поведение наиболее часто проявляется употреблением алкоголя, хотя патогенетически оно может быть и не связанным с таковым.

По нашим данным, 154 подростка (84,7%) употребляли алкогольные напитки, причем в 31 случае (17,05%) зафиксированы алкогольные отравления.

Что касается конкретных взаимосвязей, зависимостей алкоголизации и тех или иных общепринятых форм диагностики алкоголизма (привычное пьянство, хронический алкоголизм), то представляется наиболее целесообразным не спешить с постановкой диагноза. Как показывает наблюдение (воспитателей, психологов, психоневрологов) в условиях спецшколы, комплексом адекватных индивидуально направленных мероприятий сравнительно легко удается изменить эмоционально-волевое и интеллектуальное отношение воспитуемого подростка к алкоголю и алкоголизации. Между прочим, в процессе работы оказалось, что есть основания с уверенностью констатировать определенные различия в мотивах к употреблению алкоголя подростками СШИ, а также — различия в вариантах эйфоризирующего его эффекта. Эти и иные отмеченные особенности сказываются также и на формах делинквентного поведения обследованных. В свою очередь его своеобразие (вид, форма, интенсивность и др.) самым тесным образом зависят от того или иного характерологического типа (шизоиды, эпилептоиды, гипо- или гипертимики, неустойчивые и др.).

Подводя некоторые итоги работы, можно утверждать, что наши данные подтверждают важную роль алкоголизации подростков в генезе делинквентного и криминального поведения и позволяют рекомендовать соответствующий научно обоснованный комплекс дифференцированных профилактических мероприятий.

СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЬЯНСТВО КАК ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

И. С. Павлов (Москва)

В клинике хронического алкоголизма этап становления систематического пьянства играет большую роль в формировании болезни. И действительно, после формирования у человека систематического пьянства, в возникновении клинических проявлений заболевания играют уже роль только лишь физиологические и биохимические механизмы организма. Поэтому И. В. Стрельчук (1973) и рекомендует термин «хроническая интоксикация алкоголем», который вскрывает важную особенность и обусловленность клиники, а именно наличие хрониче-

шения с возможностью амбулаторного наблюдения, с временным или длительным ограничением работоспособности; Д — тяжелые формы проявления хронического алкоголизма с тенденциями к асоциальному поведению, с необходимостью стационарного, в том числе принудительного, течения, выраженная психотическая симптоматика при полной временной или стойкой социально-трудовой неприспособленности, так же с необходимостью стационарного наблюдения и лечения; О — острая психотическая симптоматика или другие болезненные состояния алкогольного генеза, требующие усиленного наблюдения в условиях стационара.

Методика дает возможность сравнивать эффективность отдельных методов лечения (при соблюдении необходимых условий фиксации тяжести состояния больных лечащим врачом), анализировать терапевтическую податливость по отдельным формам заболевания, сравнивать результаты лечебной работы отдельных врачей, отделений. Методика в принципе достаточно универсальна по критериям, которые лежат в ее основе и могут быть применены по отношению к другим заболеваниям.

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПИТЕЙНЫХ ТРАДИЦИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Ю. Ф. Приленский, Н. Д. Иванюженко (Тюмень)

При изучении хронического алкоголизма недостаточно внимания уделяется предыстории алкоголизма, формированию питейных традиций. Нам не удалось найти работ, посвященных отношению к питейным традициям у детей младшего возраста, дошкольников, а также данных о распространенности начала знакомства с алкогольными напитками у детей в возрасте от 3 до 7 лет.

Для изучения формирования питейных традиций, для исследования вопроса о том, когда, в каком возрасте возможно первое знакомство с алкогольными напитками, нами с участием студентов-медиков обследовано методом интервью 475 детей, посещающих детские сады одного из районов Тюмени. Обследование проводилось в индивидуальном порядке, ответы протоколировались. В возрасте 5—7 лет было обследовано 353 ребенка (164 девочки и 189 мальчиков), в возрасте 3—4 лет — 104 ребенка (46 девочек и 58 мальчиков).

Большинство детей считало, что пить спиртные напитки вредно (99% девочек и 96% мальчиков). Однако настораживает, что 4% мальчиков иного мнения («раз взрослые пьют, значит и детям можно», «пиво полезно»). Нельзя не отметить, что если в возрасте 3—4 лет почти все дети (99%) ответили, что пьяные им не нравятся, то среди пяти-семилетних 12% мальчиков и 23% девочек не выразили отрицательного отношения к пьяным, особенно, когда речь шла об отце.

Общепринятый ритуал гостеприимства соблюдался почти во всех семьях. В 90% случаях на столе при этом бывали спиртные напитки. 68% девочек и 74% мальчиков 5—7 лет сидели за общим столом с гостями. От 13 до 28% детей поднимали вместе со взрослыми наполненные лимонадом, соком, молоком рюмки и чашечки, чокались.

Многое из того, что дети видели в жизни, они отражали в игровых ситуациях. Около 75% детей сообщили, что они играли «в гости». 19% девочек и 9% мальчиков праздновали дни рождений у кукол. Подобно взрослым, они старались соблюдать ритуал гостеприимства и «угощали». В числе других элементов «угощения» фигурировало и «вино». В некоторых группах так поступало до 60% обследованных детей. Эта, казалось бы, безобидная игра отражает отношение детей не к пьянству, которое, как уже отмечалось, большинство осуждает, а к употреблению спиртных напитков ритуального характера. Оно тесно связано и ассоциируется с торжественной, праздничной обстановкой, приходом гостей, весельем. Можно не сомневаться, что подобный обычай в дальнейшей, «взрослой» жизни этих детей займет соответствующее место. Следует подчеркнуть, что отмечена прямая зависимость между существованием в семье питейных традиций и отражением их в детских играх.

Довольно распространена в дошкольном возрасте игра «в дом». Дети изображают родителей, их взаимоотношения, занятия. Некоторые мальчики «приходили домой пьяными», «дрались», «шумели». Несомненно, эти сцены отражали конкретные жизненные ситуации, близкие детям. Такое поведение может ребенком осуждаться, но может оцениваться и как элемент поведения «настоящего мужчины». Эта сторона поведения пьяного может показаться привлекательной и закрепиться в будущем, и стремление к самоутверждению может приобрести асоциальное звучание.

В играх находили отражение и внешние проявления опьянения. В «пьяных» играли 32% мальчиков и 7% девочек в возрасте 3—4 года и 18% мальчиков и 4% девочек в возрасте 5—7 лет. Как видно, среди мальчиков это развлечение более популярно (в 4,5 раза) — они стараются быть похожими на

мужчин. Но поразительно, что пьяных изображали и девочки, причем, по их заявлениям, это им нравилось.

Дети не только играли «в гости», «в пьяных». Их привлекали сами спиртные напитки. Согласно полученным данным, пробовали пиво 23—34% девочек и 32—43% мальчиков. Знакомы со вкусом вина 13—26% девочек и 21—27% мальчиков. Пробовали водку 7—13% девочек и 11—16% мальчиков (в некоторых группах — до 30%). Следует подчеркнуть, что в разных детских садах, в зависимости от ведомственной принадлежности, цифры существенно отличались. Весьма тревожно, что среди детей в возрасте 5—7 лет немало таких, которым понравилось пиво (4% девочек и 13% мальчиков), вино (13% девочек и 16% мальчиков) и даже водка (2% мальчиков). Спиртные напитки дети пробовали, как правило, втайне от взрослых, однако у 20—30% это происходило с ведома родителей. Более того, родители сами давали детям спиртные напитки.

Таким образом, уже в дошкольном возрасте происходит формирование положительного отношения к ритуальному потреблению спиртных напитков, что находит отражение в игровых ситуациях. Особая роль принадлежит родителям, которые фактически активно способствуют становлению этих ритуалов. Специального внимания заслуживает, что значительный процент детей дошкольного возраста знает вкус различных спиртных напитков и выражает положительное к ним отношение.

Противоалкогольное воспитание следует начинать уже в дошкольном возрасте, в детских садах и особенно в семье. Необходима углубленная разъяснительная работа с молодыми родителями. Нами разработана специальная «Памятка для родителей» по предупреждению формирования питейных традиций у детей дошкольного возраста. Противоалкогольное воспитание населения должно включать борьбу с широким распространением ритуальной алкоголизации и привлечением к ней дошкольников.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛА АЛКОГОЛИЗМА (О ПРОДРОМЕ БОЛЕЗНИ)

И. Н. Пятницкая, В. И. Иванов (Москва)

В начале алкоголизма возможна субъективная оценка отдельных симптомов, приводящая к ошибочным диагнозам астенического синдрома, психопатии, аффективной функциональной или органической церебральной патологии. Диагноз начала алкоголизма может основываться лишь на неоспоримых клинических признаках, являющихся показателем сложившегося заболевания.

До настоящего времени начало заболевания основывается на определении последовательности появления отдельных признаков болезни: чем раньше появляется признак, тем более он характеризует начало. Впервые такое исследование провел И. В. Стрельчук (1940), который начальными симптомами, этапами или степенями алкоголизма назвал влечение к опьянению, неврастеническую симптоматику, неспособность самостоятельного отказа от злоупотребления. А. А. Портнов (1959) как начальные признаки алкоголизма описал изменение реакции на алкоголь, исчезновение защитной рвоты при передозировке, обсессивного типа влечение к спиртному, парциальные амнезии. Далее начало алкоголизма дополнилось симптомами толерантности, потери количественного контроля, усилением влечения после первой принятой дозы, питья в одиночку; отмечено изменение мотивов алкоголизации (недостаточность общепризнанных, пьянство как самоцель), появление дистонических вегетативных признаков (приступы жара, холода, сердцебиение, потливость, исчезновение аппетита, нарушения сна и другие признаки астенического синдрома. В последующем отдельные из этих симптомов уточнялись: описаны проявления неосознанного влечения к спиртному,снижение седативного действия алкоголя, снотворного, раннее пробуждение как показатель нарастающего возбудительного эффекта, четырехкратный подъем толерантности как граница, за которой обязательно обнаруживаются другие признаки патологического пьянства, исчезновение отвращения к алкоголю на следующий день после передозировки, взаимосвязь появления ранних признаков алкоголизма во времени, показано отличие инициального алкогольного астенического синдрома от невротических состояний иного генеза.

Уточнение клиники, взаимные и во времени корреляции симптомов повысило достоверность выставляемого диагноза, но не уточнило границы между злоупотреблением и болезнью. Основания диагноза по-прежнему остаются в пределах двух наркоманических синдромов (измененной реактивности и психической зависимости), появляющихся в течении болезни первыми.

Начальная граница болезни, вероятно, выступит рельефнее, если будет введено понятие продрома алкоголизма.

Как известно, продром — состояние, лишенное специфичности в такой степени, что не дает возможности судить не только о нозологической единице, но даже о нозологической

К ЭТИОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ И РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

М. В. Романова (Саранск)

Изучение алкоголизма в возрастном аспекте имеет и медицинское и социальное значение. В отечественной литературе уже имеются работы, отражающие своеобразие течения хронического алкоголизма, развивающегося в молодом возрасте (И. И. Лукомский, 1960; И. В. Стрельчук, 1966, 1973; Л. Я. Захарова, 1966; П. Н. Литвинов, 1968; В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, 1973 и др.). Однако нет исследований, освещающих клинические особенности и течение алкоголизма в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Нами изучен 161 человек, страдающий хроническим алкоголизмом в возрасте от 13 до 17 лет. По возрасту и полу они распределялись следующим образом: возрастная группа от 13 до 15 лет состояла из 47 мальчиков и 6 девочек, возраста от 16 до 17 лет — 89 мальчиков и 19 девочек. Для сравнения клиники и течения заболевания была исследована группа больных зрелого возраста в количестве 100 человек.

Изученные больные начали употреблять спиртные напитки в подростковом и раннем юношеском возрасте (от 12 до 16 лет) и к моменту обследования длительность злоупотребления алкоголем колебалась от 2 до 5 лет.

В процессе наблюдения за больными в динамике сопоставлялись основная и контрольная группы по следующим параметрам: условия семейного воспитания, влияние окружающей микросреды, наследственность, черты преморбидной личности, характер злоупотребления спиртными напитками и особенности клиники и течения заболевания, своеобразие изменений личности у больных в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Изучение этих двух групп больных показало, что хронический алкоголизм, развивающийся в подростковом и раннем юношеском возрасте, отличается галопирующим злокачественным течением. Переход от бытового злоупотребления алкоголем к хроническому алкоголизму совершается в более короткие сроки: от нескольких месяцев до 1—2 лет. Болезненное влечение к алкоголю, амнестическая форма опьянения обычно развивалась в укороченные сроки.

В семейном плане обращает на себя внимание большой процент алкоголизма у родителей. У 89 из 161 изученных нами больных отцы страдали хроническим алкоголизмом, у 22— матери находились на стационарном лечении в психиатрической больнице по поводу алкоголизма, а у 1 — алкоголизмом страдали оба родителя. Этот показатель не является достоверным, учитывая тенденцию населения скрывать алкоголизм.

Совпадение периода начала злоупотребления алкоголем с трудовой деятельностью отмечалось у 81 больного. Нередко они работали в коллективе, где еще сохранились порочные традиции «обмывать» поступление на работу, первую получку, выполнение плана, повышение разряда, должности и т. д. Это еще раз доказывает, что подростки и юноши особенно чувствительны влиянию «алкогольных традиций».

Психопатическое поведение и истерические реакции отмечались у 92 больных. Наиболее ранним и выраженным симптомом была аффективная возбудимость со злобой и агрессией, с одной стороны, и психическая неустойчивость с повышенной внушаемостью, с другой стороны. Одновременно изменялся общий фон настроения (легкомысленность и беспечность у одних больных и подавленность, злобность или безразличие и равнодушие у других больных). Общая психическая инертность, некритичность, снижение внимания и памяти приближают эти состояния к органическому психосиндрому. Но, в отличие от последного, некритичность при алкоголизме более своеобразная и грубая, резко диссоциирующая с относительно сохранным интеллектом, выражающаяся не столько в недоучете ситуации, сколько в полном отсутствии такта, в развязности и циничности. Характерно также эмоциональное потускнение, которое было более выраженным, чем при органических поражениях головного мозга.

Все это резко меняет взаимоотношения больных с окружающими и, в частности, с родителями. Они становятся злобными, непослушными, доходят по отношению к родителям до садистических эксцессов. Наблюдается снижение социальных свойств личности. Такие лица часто прекращают учебу, не получив среднего образования: 53 из 161 изучаемых нами больных бросили учебу с 8 класса, 26 ушли из 7 класса, 19 — из 6 класса, 15 — из 5 класса, 7 — из 9 класса, 8 — из 10 класса. 23 человека в момент обследования учились в ГПТУ и лишь 10 окончили 10 классов.

В связи с повышенной внушаемостью и расторможением влечений, а также недостаточным развитием социально-нравственных установок такие больные легко совершают различные правонарушения. Все это приводит к неоднократным приводам в милицию, к исключению их из школ и, наконец, к направлению в психиатрическую больницу.

При анализе причин возникновения алкоголизма у подростков и юношей обращает на себя внимание алкоголизм ро-

дителей, дурной пример в семье и на производстве и т. д. Мотивы употребления алкоголя подростками и юношами также представляют определенное своеобразие. Особенно большую роль здесь играет подражание, ложно понимаемое самолюбие, побуждающее следовать дурным примерам, тогда как психотравмирующие в узком смысле факторы имеют значительно меньший удельный вес. Эти особенности должны найти отражение в профилактике алкоголизма среди подростков и юношей.

Таким образом, алкоголизм в подростковом и раннем юношеском возрасте протекает злокачественно, нередко носит галопирующий характер. У этих больных быстрее, чем в контрольной группе, формировалось патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром, амнестическая форма опьянения, психическая и социальная деградация личности.

По отношению к молодежи необходимо дифференцированно проводить антиалкогольные профилактические мероприятия, определяемые возрастными особенностями, своеобразием клиники и течения алкоголизма в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Профилактика алкоголизма в подростковом и раннем юношеском возрасте должна начаться в семье, школе в виде антиалкогольного воспитания растущей молодежи, преподавания в школах вопросов, касающихся влияния алкоголя на здоровье, в частности, о недопустимости употребления алкоголя до наступления зрелого возраста.

К ПАТОГЕНЕЗУ НЕКОТОРЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

М. В. Романова, Е. Н. Лексин (Саранск)

В настоящем исследовании изучалась частота поражения внутренних органов при хроническом алкоголизме, а также зависимость психопатологических синдромов от поражения различных внутренних органов. С этой целью изучены истории болезни и протоколы патолого-анатомического исследования 112 больных, умерших в республиканской психиатрической больнице г. Саранска в 1966—1978 годах. У 92 из них основным клиническим диагнозом был алкоголизм, у 20 — заболевания неалкогольной природы (контроль). По ведущим психопатологическим симптомам все изученные нами больные ал-

коголизмом разделены на три группы: кома, психозы, астенические и эмоциональные расстройства.

При сопоставлении патологоанатомических изменений во внутренних органах обращает на себя внимание тот факт, что у больных алкоголизмом поражение паренхиматозных органов и, прежде всего, печени, легких, почек и миокарда встречается в 3—7 раз чаще, чем в контроле, а атеросклероз и органические заболевания головного мозга встречаются чаще у больных с психопатологической симптоматикой неалкогольной природы.

Таким образом, приводимые нами результаты, а также данные литературы (В. А. Кононяченко, 1956; А. П. Гукасян, 1968; С. И. Беляева, 1971; И. Н. Пятницкая, В. А. Карлов, Б. Л. Элконин, 1977) убедительно свидетельствуют о том, что при хроническом алкоголизме часто обнаруживаются различные патологические изменения в паренхиматозных органах (алкогольная висцеропатия), а дистрофические изменения в печени и почках можно расценивать как характерные для хронического алкоголизма.

Частота поражения внутренних органов у больных с различными проявлениями хронического алкоголизма

Патологоанатомические изменения и заболевания	Частота их выявления (%) у различных больных			
	алкоголизм			контроль
	кома	психоз	астения и эмоционально-волевые расстройства	
1. Сердечно-сосудистая недостаточность	78%	64%	63%	10%
2. Атеросклероз	6%	2%	10%	50%
3. Гипертоническая болезнь	6%	10%	10%	5%
4. Дистрофия миокарда	48%	36%	42%	5%
5. Инфаркт миокарда	12%	2%	5%	—
6. Пневмония	90%	43%	83%	15%
7. Цирроз печени	12%	27%	21%	—
8. Жировая дистрофия печени	25%	53%	21%	—
9. Панкреатит	6%	10%	10%	—
10. Воспаление почек	25%	17%	63%	10%
11. Дистрофия почек	12%	33%	—	—
12. Фибромиома матки	—	6% (ж)	—	10% (ж)
13. Органические заболевания головного мозга (инсульт, опухоль, травма, энцефалит)	—	5%	10%	65%

ка, нередко проскальзывала нецензурная брань в выражениях. Сравнительно за небольшой промежуток времени указанное состояние быстро сменялось чувством раскания и виновности. Несмотря на интенсивность аффективных реакций, больные легко поддавались уговорам, быстро успокаивались и начинали жалеть о своих поступках.

Таким образом, наиболее характерным для данной группы было усиление аффективности с быстрой сменой и неустойчивостью эффективных реакций, эпизодичность и пикообразность их проявления.

К ОСОБЕННОСТЯМ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ПРИ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ

Т .Е. Тощева, А. В. Улезко, С. А. Ярославцев (Астрахань)

Появление в клинической картине алкогольных психозов компонентов синдрома психического автоматизма всегда вызывает диагностическую настороженность в связи с возможностью «алкогольного фасада» манифестирующей шизофрении. Достаточно утвердилась в отечественной литературе точка зрения о том, что при алкогольных психозах возможно развитие отдельных проявлений синдрома Кандинского—Клерамбо (Л. К. Хохлов, Г. С. Воронцова, А. Н. Покровский, Х. А. Гасанов, М. Г. Гулямов, Г. В. Морозов, Н. Н. Иванец, В. В. Сырейщиков), однако структурные их особенности, динамика развития нуждаются в уточнении и дальнейшей разработке.

Были подвергнуты анализу все случаи алкогольных психозов у больных алкоголизмом, состоящих на учете в областном психиатрическом диспансере. В 23 случаях (2,6%) в структуре психотических состояний обнаруживались проявления синдрома психического автоматизма. У 15 больных наблюдались одиночные острые алкогольные психозы, у 8 — психозы повторялись. Срок катамнестического наблюдения после перенесенного атипичного психоза колебался от 9 до 2-х лет, в среднем 4,7 лет.

Среди исследованных больных было 18 мужчин и 5 женщин. По возрасту развития психоза больные распределились следующим образом: от 21 до 30 лет — 3, от 31 до 40 — 7, от 41 до 50 — 12, старше 50 — 1. Таким образом, атипичные острые алкогольные психозы в основном развивались у лиц зрелого возраста и редко встречались у молодых.

Отдельные проявления синдрома психического автоматизма в половине случаев (12) встречались в структуре острого алкогольного галлюциноза, реже при делирии (8) и в единичных случаях острого параноида.

Следует отметить, что в картине делириозных состояний и острого параноида существенное место занимали истинные вербальные галлюцинации, что, по-видимому, нельзя считать случайным явлением.

Ни в одном случае синдром Кандинского—Клерамбо не был представлен в сколько-нибудь развернутом виде, напротив, его проявления были рудиментарными и в основном выражались в сенестопатических автоматизмах. Больные заявляли, что с помощью каких-то устройств люди, которым принадлежали «голоса», наводят на них «электрические», «голубые» лучи, действуют электротоком, вызывают ощущения жжения на коже, боли в сердце, «болевые прострелы» и т. п. Кинестетических и ассоциативных автоматизмов не отмечено. Бред воздействия был отрывочным, целиком базировался на содержании «голосов».

Элементарные проявления психических автоматизмов возникали на высоте психоза, были непродолжительными. Не отмечалось присущей синдрому Кандинского—Клерамбо стадийности развития, в частности симптомов малого круга психических автоматизмов. Продолжительность психозов была такой же, как и в случаях их типичной структуры.

В повторных психозах атипичных включений обычно уже не обнаруживалось. Катамнестическое обследование больных показало, что они хорошо социально адаптированы, не обнаруживают признаков изменений личности процессуального характера, в случаях продолжения пьянства имеются проявления типично алкогольной психической деградации.

О ПРИЧИНАХ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Т. Е. Тощева, С. А. Ярославцев, А. В. Улезко, В. Н. Калягин, Ю. И. Благонравов (Астрахань)

Среди алкогольных психозов делирий является самой частой формой. Клинически он проявляется различными вариантами, как по структуре, так и по течению — от легких до тяжелых форм с летальным исходом (И. В. Стрельчук, 1958;

Ю. Н. Шанин, Л. И. Спивак, Г. А. Ливанов, Б. А. Александров, Б. С. Фролов, 1970; Г. М. Энтин, 1972; В. И. Максименко, 1973; Г. Ф. Колотилин, 1974). При этом смертность от тяжелых форм делирия колеблется в широких пределах — от 3—4 до 50% (И. В. Стрельчук, 1956; В. М. Неженцев, Л. В. Штерева, Т. В. Полозова, 1967 и др.). Летальные исходы в значительной мере связаны с наличием и тяжестью соматических нарушений (И. Н. Смирнова, Э. Л. Гербер, 1972; Э. М. Запольский, Л. Ю. Буслович, М. Я. Ямницкий, 1976). В последние годы отмечается некоторое увеличение числа подобных форм алкогольного делирия.

В настоящем сообщении обобщены результаты клинических наблюдений и секционного исследования 33 случаев алкогольного делирия с летальным исходом (30 мужчин и 3 женщины). Возраст больных колебался в пределах от 26 до 65 лет, но наибольшее число приходилось на возрастной период от 40 до 60 лет. Длительность алкоголизма была от 5 до 30 и более лет. У всех больных наблюдался запойный характер пьянства с выраженным похмельным синдромом. В ряде случаев больные, помимо различных алкогольных напитков, употребляли суррогаты.

Клинически делирий проявлялся в разных формах — от классического до муссситирующего с последующим нарастанием оглушенности, сопора и комы с летальным исходом. При этом с утяжелением соматического состояния, углублялось нарушение сознания, психопатологическая симптоматика приобретала фрагментарный, отрывочный характер. В структуре заболевания начинали преобладать сомато-вегетативные и неврологические расстройства. Смерть больных наступала в первые 1—3—6 дней после госпитализации, несмотря на проводимую интенсивную терапию.

При анализе данных секционного исследования у всех умерших были выявлены массивные патологические изменения: у 31 — обнаружена жировая дистрофия печени, у 27 — пневмония (в том числе двухсторонняя у 11 больных), с неблагоприятным течением (в ряде случаев сливного характера, гнойная с абсцедированием), у 26 — выявлен атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов, у 14 — отек мозга и мозговых оболочек, у 7 — кровоизлияние в мозг, у 2 — инфаркт миокарда и у 4 — очаги миомаляции в сердечной мышце, в двух случаях обнаружена опухоль головного мозга и в одном — рак поджелудочной железы. Кроме того, у отдельных больных отмечены тяжелые травмы головы с разрушением мозгового вещества, панкреонекроз, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркты легкого, почки с внутренним кровотечением, пневмосклероз, хронический бронхит, туберкулез легких, атеросклеротический кардиосклероз и др.

По заключению патологоанатомов, непосредственной причиной смерти в разных случаях были: тяжелые формы пневмоний, инфаркт миокарда, кровоизлияния в мозг, отек мозга, злокачественные новообразования, сердечно-сосудистая и легочно-сердечная недостаточность, травмы мозга, тромбоэмболия легочной артерии и др.

Таким образом, данные клинико-анатомических исследований свидетельствуют о том, что летальные формы алкогольного делирия имеют сложный, во многом еще неясный патогенез и в значительной степени обусловлены массивной, нередко комбинированной соматической патологией.

Поэтому в каждом конкретном случае необходимо прежде всего предвидеть возможные варианты соматических нарушений, осуществлять своевременное и всестороннее обследование больного и проводить комплекс неотложных и адекватных лечебных мероприятий.

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

З. Г. Турова, Д. М. Галабаева (Москва)

При применении тех или иных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, речь идет в первую очередь об оказании лечебной помощи. Однако эти меры способствуют решению важнейшей социальной проблемы — проблемы профилактики общественно-опасных действий.

В настоящее время существуют два вида принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Первый вид — это направление в лечебно-трудовые профилактории на основании постановления народного суда больных хроническим алкоголизмом, которые нарушают общественный порядок, трудовую дисциплину, наносят материальный ущерб семье и отказываются от добровольного лечения. В лечебно-трудовых профилакториях четко организовано лечение больных хроническим алкоголизмом с хорошими отдаленными результатами. Подобный вид принудительного лечения, помимо терапевтических целей, имеет большое социальное значение, так как такие лица возвращаются на производство, у них восстанавливаются морально-этические установки, а последние являются профилактикой совершения общественно-опасных действий, зачастую совер-

тохондрии. Содержание БСИ в крови при хронической интоксикации было постоянно повышенным.

На основании этих исследований можно сделать вывод о том, что в первые часы после введения алкоголя активируется деятельность щитовидной железы с резким увеличением тиреоидного обмена — в клетках возникают явления так называемого «функционального гипертиреоза», свидетельствующего о гиперметаболическом состоянии клеточных структур и выражающегося в увеличение белковосвязанных форм гормонов в цитозоле клеток и увеличении свободных форм гормонов в крови и митохондриях. Через сутки после разового введения алкоголя гипертиреоидное состояние органов снижается, причем содержание белковых форм гормонов щитовидной железы в крови падает почти в два раза. Хроническая интоксикация сопровождается новым подъемом БСИ в крови и белкосвязанных форм гормонов в цитозоле органов. Включение же радиометки в митохондрии печени и почек снижается.

Полученные данные были сопоставлены с результатами исследования окислительно-восстановительных процессов организма. Как показали исследования, алкогольная интоксикация приводит к выраженному сдвигу КШР в виде субкомпенсированного матаболического ацидоза. При этом ацидотическое снижение pH было вызвано как существенным выбросом в кровь недоокисленных продуктов метаболизма, о чем свидетельствует увеличение собственных показателей СБО, так и снижением легочной вентиляции (pCO_2 повышено на фоне сниженного pH). Такое изменение показателей КШР, очевидно, вызвано угнетением дыхательного центра и нарушением аэробных окислительных процессов с одновременной активацией гликолиза. Явления ацидоза сохранялись спустя 24 часа после дачи алкоголя. Параллельно в органах зарегистрировано увеличение соотношения МК/ПВК.

Напряжение кислорода во всех органах после введения алкоголя существенно снижалось, что является еще одним подтверждением гипоксического эффекта алкоголя на тканевый метаболизм.

По-видимому, алкоголь оказывает воздействие через гормональное звено на ферментные системы дыхательной цепи митохондрий. Ранее нами было показано, что алкоголь угнетает активность НАД — зависимых гидрогеназ митохондрий и изменяет функциональное состояние последних. Нарушение окислительно-восстановительных процессов в клетках при недостатке кислорода ,в свою очередь, сопровождается морфофункциональными нарушениями в органах. Гормоны щитовидной железы, избирательно поглощаясь из плазмы крови, вызывают гипертиреоидное состояние в клетках органов, что сопровождается нарушением деятельности дыхательных ферментов и последующим гипоксическим состоянием органов с нарушениями энергетического и пластического обменов (увеличенный распад АТФ, компенсаторное увеличение окисления в митохондриях и повышенный расход кислорода).

Клинические исследования свидетельствуют, что концентрация T_4 и T_3 в крови больных алкоголизмом достоверно повышена. У лиц, перенесших алкогольные психозы, после ликвидации психотических нарушений наблюдалось дальнейшее увеличение содержания T_3 и T_4. По-видимому, хроническая алкогольная интоксикация обусловливает нарушения в работе механизмов обратной связи внутри гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы, которые являются одним из звеньев патогенеза психических расстройств при алкоголизме. Длительное состояние гипоксии и энергетический дисбаланс, по-видимому, является также одним из патогенетических звеньев в развитии поражения внутренних органов.

УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ, ОБРАЩАВШИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Л. К. Хохлов, В. И. Горохов (Ярославль)

Изучена частота и условия становления алкоголизма у всех лиц (562 человека) 1945—1954 годов рождения, проживающих в одном из городских районов, обращавшихся в детском и подростковом возрасте к психоневрологам. Ко времени катамнеза (1975—1977 гг.) почти четверть обследованных (24,38%) находилась в возрасте 20—24 лет, больше половины (53,2%) — в 25—29-летнем возрасте, остальные (22,42%) были старше 30 лет. Исследование в указанном плане именно этого контингента представляет особый интерес, поскольку, как подчеркивал О. В. Кербиков, «детские психиатры занимают такие позиции, откуда «видно потоков рожденье».

В итоге злоупотребление алкоголем (тяжелые формы бытового пьянства, граничащие с алкогольной болезнью, хронический алкоголизм) выявлено в 23,49% всех наблюдений. С наибольшей частотой алкоголизм определяется у больных психопатиями (53,15%) и, далее, олигофрениями (19,87%), эпилепсией (16,67%), экзогенными и экзогенно-органическими заболеваниями (14,03%), шизофренией, МДП (11,11%) и ред-

ко — в случаях задержки психического развития (5,45%) и психогений (3,03%). В общем числе злоупотребляющих алкоголем наибольшая доля приходится опять-таки на больных психопатиями (57,58%) и олигофрениями (22,73%); удельный вес остальных нозологических единиц незначителен (эпилепсия — 0,82%, экзогения — 6,06%, шизофрения, МДП — 3,0%, задержка развития — 2,27%, психогении — 1,51%). Именно больные психопатиями и олигофренией (в основном в степени дебильности) нуждаются в наиболее пристальном внимании в плане профилактической антиалкогольной работы.

Во всей изученной популяции констатируется большая частота неблагоприятных микросоциальных условий в детстве. У почти половины больных воспитание было неправильным: гипоопека, безнадзорность в 27,94%, эмоциональная и социальная депривация — в 13,87%, воспитание по типу «Золушки» — в 4,98%, гиперопека, воспитание по типу «кумира семьи» — в 2,85%. У большинства (54,63%) — необычные семейные условия, неполный дом, деформированная семья — в 33,10%, конфликтные отношения между родителями — в 8,94%, злоупотребление алкоголем родителей — в 14,59% (пьянство отца — в 12,63%, матери — 0,18%, обоих родителей — 1,78%). Родственники 1—2 степени родства, страдающие хроническим алкоголизмом, имеются у каждого пятого пациента. Такова «социальная наследственность» у изученной популяции больных. В большей мере она неблагополучна в группе психопатий, т. е. там, где чаще всего определяется алкоголизм: неправильное воспитание — в 64,34% наблюдений, аномальные семейные условия — в 61,54%, хронический алкоголизм родственников 1—2 степени родства — в 26,45%. Названные неблагоприятные факторы, несомненно, играют отрицательную роль в формировании пристрастия к алкогольным напиткам.

Особенно велик риск вовлечения в алкоголизм тех, у кого в детском и подростковом возрасте наблюдались нарушения поведения: у больных, обнаруживавших в прошлом нарушения поведения, частота алкоголизма достигает 39,73%, а у пациентов без нарушений поведения — лишь в 17,79%. А больные с нарушениями поведения —это в первую очередь те, кто рос в трудных условиях (в $^2/_3$ — неправильное воспитание, в $^3/_4$ — аномальная семья, у каждого пятого один или оба родителя злоупотребляют алкоголем). Это еще раз подчеркивает значение микросоциальных факторов в развитии алкоголизма.

Присоединение к нервно-психическому заболеванию, начавшемуся в детском и подростковом возрасте, алкоголизма резко усиливает степень общественной опасности этой категории пациентов. Злоупотребление алкоголем в группе социально опасных больных регистрируется в 67,28% (среди больных с криминальным поведением — в 66,13%, с антисоциальным и асоциальным поведением без судимости — в 86,57%, совершивших парасуициды — в 30,30%), тогда как у остальных пациентов этот показатель в несколько раз меньше — 5,75%.

Значительная часть (около трети) из анализируемой популяции ко времени нашего катамнестического изучения продолжала состоять на учете в психоневрологическом диспансере. К сожалению, среди продолжавших находиться под наблюдением психиатров злоупотребление алкоголем встречается не реже, чем среди тех, кто оказался вне поля зрения психоневрологического диспансера. Это — свидетельство того, что работа по профилактике алкоголизма даже с больными, с детского и подросткового возраста пользующимися вниманием психиатров, проводится недостаточно эффективно. Одной из главных причин неуспеха является, на наш взгляд, то, что психиатры недостаточно работают с микросоциальным окружением больных, тем окружением, которое, как подчеркивалось, очень часто является неблагополучным и которое принадлежит к числу факторов, играющих важную роль в становлении алкоголизма.

Итак, наши данные подтверждают вывод, что больные с нервно-психическими уклонениями в отношении возможности вовлечения в алкоголизм должны рассматриваться как группа повышенного риска. Особенно велик риск при психопатиях, для пациентов, обнаруживавших в детском и подростковом возрасте нарушения поведения.

О ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА В СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Б. А. Целибеев (Москва)

Алкоголизм оказывает значительное влияние на общую заболеваемость населения. По данным Фишера и Мэзон, болезни органов дыхания и пищеварения встречаются при алкоголизме в три раза чаще, болезни сердца в 1,5—2 раза чаще, болезни суставов—в 1,5 раза чаще и т. д. Дефицит тиамина и фолиевой кислоты, наряду со снижением лейкоцитарной миграции и мобилизации, является одним из важных факторов снижения защитных сил организма при алкоголизме. Вместе с тем выявление или хотя бы элементарная регистрация сомати-

К ВОПРОСУ О ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

С. А. Ярославцев, Ю. И. Благонравов (Астрахань)

Актуальность проблемы алкоголизма обусловлена значительной распространенностью этого заболевания во всем мире и целым рядом отрицательных последствий, к которым он приводит. При алкоголизме, помимо психических нарушений, часто наблюдаются заболевания внутренних органов (И. В. Стрельчук, 1956, 1969; Г. М. Энтин, 1972; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1978; Л. В. Штерева, В. М. Неженцев, 1976). Средняя продолжительность жизни больных алкоголизмом равна 55 годам, в то время как средняя продолжительность жизни населения в целом выше 70 лет (Л. В. Штерева, В. М. Неженцев, 1976). По данным И. В. Стрельчука (1956) летальность среди алкоголиков в 10 раз выше, чем у непьющих того же возраста. Причиной смерти, помимо соматических заболеваний, могут быть несчастные случаи (И. В. Стрельчук, 1956; Б. Д. Златан, 1978), самоубийства (А. Г. Амбрумова, 1973; А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, В. П. Ларичев, 1973; Д. Д. Федотов, 1976).

По материалам областного психоневрологического диспансера была изучена группа больных алкоголизмом в количестве 436 человек, умерших за пятилетний период.

При анализе причин летальности выяснилось, что 324 больных (74,31%) умерло от соматических заболеваний. К числу этих заболеваний следует отнести болезни сердечно-сосудистой системы (в частности инфаркт миокарда), злокачественные новообразования различных органов (мозга, печени, гортани, легкого, пищевода, желудка, поджелудочной железы), нарушения мозгового кровообращения (кровоизлияния в мозг, тромбоз мозговых сосудов), туберкулез легких, пневмонии, цирроз печени.

В результате несчастных случаев погибло 76 (17,43%) больных. Это были дорожно-транспортные происшествия, убийства во время драки, гибель от огня, утопление, замерзание, аспирационная асфиксия от рвотных масс, случайное отравление.

Наконец, 36 (8,26%) больных совершили суициды, в основном самоповешение.

Все больные были разделены на 11 возрастных групп, которые охватывали возрастной период от 21 до 70 лет и выше. Выяснилось, что наибольшее число летальных случаев приходится на 5 возрастных групп (от 36 до 60 лет) — 332 (76,1%) человека.

Таким образом, больные алкоголизмом умирают в основном в среднем и наиболее работоспособном возрасте, что соответствует данным литературы по этому вопросу (И. В. Стрельчук, 1969). При этом среди причин летальности на первом месте можно поставить соматические заболевания, второе и третье место занимают несчастные случаи и суициды.

Тяжелая соматическая отягощенность при алкоголизме, с одной стороны, обусловлена токсическим действием алкоголя и его суррогатов, а с другой — тем, что эта категория больных редко обращается за медицинской помощью или получает ее нерегулярно в связи с частой сменой работы, местожительства, исчезновением из поля зрения врача.

В целях профилактики летальности при алкоголизме необходимо, помимо активного антиалкогольного лечения, проводить тщательное и всестороннее исследование соматического состояния больных и осуществлять лечебные мероприятия, направленные на устранение заболеваний внутренних органов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

АЛКОГОЛИЗМ

ЭПИЛЕПСИЯ

3V

Л53606 от 24/VII 1980 г. Заказ 437 Объем 32 п. л.

Тираж 1000 Цена 4 руб.

Тип. ЦНИИТЭИ Минзага СССР, 123290, Москва, Д-290, Шмитовский пр., д. 39